

Univerzita Karlova v Praze
Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Sebepoškozující chování u mládeže v souvislosti s poruchami chování

Self-inflicted trauma in young people with in the context of behavioral
disturbance

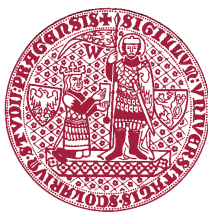
Bc. Katarína Kolaříková

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika (N 7506)

Studijní obor: Speciální pedagogika (N SPPG 7506T002)

2016



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra speciální pedagogiky

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉHO ÚKOLU

akademický rok 2014/2015

Jméno a příjmení studenta: Katarína Kolaříková

Studijní program: Speciální pedagogika (N 7506)

Studijní obor: Speciální pedagogika (N SPPG 7506T002)

Název tématu práce v českém jazyce: Sebepoškozující chování u mládeže v souvislosti s poruchami chování

Název tématu práce v anglickém jazyce: Self-inflicted trauma in young people with in the context of behavioral disturbance

Stručná charakteristika tématu: Diplomová práce má za úkol objasnit za pomoci teoretických východisek pojmy etopedie, poruchy chování a etiologii poruch chování. Popsat a charakterizovat jedince s poruchou chování a v neposlední řadě zmapovat nejčastější příčiny a druhy sebepoškozujícího chování u mládeže v souvislosti s poruchami chování.

Metody práce: Výzkumné šetření bude provedeno kvalitativním šetřením a to přesněji analýzou dokumentace a polostrukturovaný rozhovorem.

Struktura:

1. Vyhledání odborných literárních zdrojů. Obsahová analýza dostupných českých i zahraničních publikačních materiálů souvisejících s tématem (včetně přístupných vědeckých databází).
2. Objasnění zvolené tematiky v širších souvislostech (teoretická část práce).
3. Cíl práce a výzkumné otázky (praktická část práce).

4. Zvolená metodika (praktická část práce). V této práci bude uplatněn kvalitativní výzkum metodou polostrukturovaného rozhovoru a analýzy dokumentace.

5. Objasnění cíle práce: Jaké jsou nejčastější důvody a faktory sebepoškozujícího chování u mládeže s poruchami chování a je možné toto sebepoškozující chování za pomoci alternativních metod redukovat?

6. Přínos: Diplomová práce vytvoří rámcovou představu o jedincích s poruchami chování a jejich sebepoškozujícím chování a popíše možnou redukci tohoto chování.

Základní literatura:

1. MALÁ, Eva a kol. *Dítě a stres*. 1. vyd. Praha: Tigis, 2007. 143 s. ISBN 978-80-903750-1-7.
2. KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 174 s. ISBN 9788024723334
3. PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, c2009, 159 s. ISBN 9788072626069.
4. VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I.: přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. 1. vyd., Dotisk. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 94 s. ISBN 8021035323.
5. HUTYROVÁ, Miluše. *Etopedie pro výchovné pracovníky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, 45 s. ISBN 8024411903.
6. KŘÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta, 2004, 75 s. ISBN 8070407247.

Vedoucí diplomové práce: Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

Předpokládaný rozsah diplomové práce¹: 80 s.

Datum zadání práce: 7. 11. 2014

Předběžný termín odevzdání práce: 4. 12. 2015

V Praze dne:

.....

Vedoucí katedry

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Sebeпоškozuјící chování mládeže v souvislosti s poruchami chování vypracoval(a) pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato diplomová práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Datum:

.....

Podpis

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování doc. PaedDr. Evě Šotolové, Ph.D. za cenné rady a připomínky, trpělivost při vedení mé diplomové práce. Rovněž bych chtěla poděkovat pracovníkům DDŠ Šindlovy Dvory a DDÚ Homole za vstřícnost a pomoc při získání potřebných informací a podkladů.

.....

podpis

NÁZEV:

Sebepoškozující chování u mládeže v souvislosti s poruchami chování

AUTOR:

Bc. Katarína Kolaříková

KATEDRA (ÚSTAV)

Katedra speciální pedagogiky

VEDOUCÍ PRÁCE:

Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

ABSTRAKT:

Diplomová práce řeší dvě závažná speciálně pedagogická témata. Poruchy chování a sebepoškozující chování. Sebepoškozující chování je záměrné, vědomé a často opakovatelné narušení fyzické integrity bez záměru zemřít.

Práce je rozčleněna do 11 kapitol. První jsou zaměřeny na poruchy chování, sebepoškozující chování a krizovou intervenci.

Další kapitoly se věnují cíli, výzkumným otázkám a zvolené metodice šetření. Cílem práce bylo zmapovat výskyt, faktory a způsoby sebepoškozování a popsat alternativní techniky redukce tohoto chování. V této práci byl uplatněn kvalitativní výzkum - zanalyzování anamnéz jedinců s poruchami chování a polostrukturovaný rozhovor s etopedickými pracovníky. Z šetření dokumentací vyplývá, že SPCH způsobují negativní vlivy z rodinného a sociálního prostředí. Mezi nejčastější způsoby patří u dívek sebeřezání, u chlapců bušení hlavou a pěstmi do zdi. U alternativních metod na redukci tohoto chování se pracovníci DDŠ shodli, že upřednostňují metodu farmakoterapie, pracovníci DDÚ již aplikují kombinovanou formu léčby, např. s deníky, metodou sandtray atd.

Diskuze porovnává výsledky obou metod s tvrzením teoretické části. Závěr dodává, že by diplomová práce mohla přispět k bližšímu poznání tohoto tématu nejen u pracovníků etopedických zařízení, ale i budoucím absolventům pedagogických disciplín.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Poruchy chování, etopédie, sebepoškozující chování, parasuicidium, suicidium, krizová intervence, krize, sebepálení, sebeřezání, farmakoterapie, psychoterapie, automutilace, autoagresivita.

TITLE:

Self- inflicted trauma in young people with in the context of behavioral disturbance

AUTHOR:

Bc. Katarína Kolaříková

DEPARTMENT:

Department of special education

SUPERVISOR:

Doc. PaedDr. Eva Šotolová, Ph.D.

ABSTRACT:

This thesis solves two serious topics of special pedagogic. Behavioural disorders and self-harming behaviour. Self-harming behaviour is deliberate, conscious and often repetitive violation of physical integrity without intent to die.

The work is divided into 11 chapters. The first are focused on behavioural disorders, self-harming behaviours, and crisis intervention.

Other chapters deal with the goals, research questions and chosen method of treatment. The aim was to map the occurrence, factors and methods of self-harming and describe alternative techniques of reducing this behaviour. Qualitative research is used in this work - analysing the anamneses of individuals with behavioural disorders and interviews with ethopedic workers. The inquiry of documentation shows that self-harming behaviour is caused by negative effects of family and social environment. The most common methods include self-cutting of girls, fists and head pounding against the wall of boys. For alternative methods of reducing this behaviour, the staff of orphanages with schools agreed that the preferred method is pharmacotherapy, workers of children's diagnostic institute has already applied a combined form of treatment, e.g. diaries, sandtray method etc.

Discussion compares the results of both methods with the statement of the theoretical part. It concludes that the thesis could contribute to a deeper knowledge of the topic, not only for the workers of ethopedy devices, but also future graduates of educational disciplines.

KEYWORDS:

Behavioural disorders, ethopedia, self-harming behaviour, parasuicidium, suicidium, crisis intervention, crisis, self-burning, self-cutting, pharmacotherapy, psychotherapy, self-mutilation, self-aggressiveness.

Seznam zkratek

CNS- centrální nervová soustava

DDŠ- dětský domov se školou

DDÚ- dětský diagnostický ústav

EEG- elektroencefalografie

KI- krizová intervence

MKN- Mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV- Ministerstvo práce a sociálních věcí

OSPOD- orgán sociálněprávní ochrany dětí

PCH- poruchy chování

PPP- pedagogicko- psychologická poradna

SPC- speciálně- pedagogické centrum

SPCH- sebepoškozující chování

WHO- World health organization (Mezinárodní zdravotnická organizace)

Obsah

Úvod	13
1 Poruchy chování	15
1.1 Základní charakteristika poruch chování	15
1.2 Etiologie, klasifikace a diagnostika poruch chování.....	17
1.3 Konkrétní projevy problémového chování.....	22
1.4 Poruchy chování v dětském věku.....	24
1.5 Poruchy chování v období dospívání	25
1.6 Osobnost jedince s poruchou chování.....	27
1.7 Etopedie jako speciálně pedagogická disciplína	28
1.8 Cílová skupina etopedie	31
1.9 OSPOD.....	32
1.10 Specializovaná etopedická pracoviště.....	35
2 Sebepoškození	38
2.1 Záměrné sebepoškození	38
2.2 Etiologie	40
2.3 Diagnostika	43
2.4 Terminologická nejednotnost.....	45
2.5 Genderové a věkové zvláštnosti.....	47
2.6 Nejčastější metody a nástroje.....	48
2.7 Emocionální klima v rodině a sociální prostředí jedince se sebepoškozujícím chováním.....	51
2.8 Motivace.....	52
2.9 Léčba	54
3 Krizová intervence	61
3.1 Krize	61
3.2 Generační krize	62
3.3 Řešení krize.....	63
4 Cíl práce.....	68
4.1 Cíle práce	68
4.2 Výzkumné otázky.....	68
5 Metodika.....	69
5.1 Charakteristika sledovaného souboru.....	69

5.2 Technika sběru dat a metody šetření	69
5.3 Realizace průzkumu	69
6 Interpretace výsledků šetření	71
6.1 Analýza anamnézy DDŠ	71
6. 2 Analýza anamnézy DDÚ.....	93
6.3 Závěr šetření.....	114
6.3.1 Vlastní analýza	114
7 Diskuze	120
8 Závěr	124
Resumé.....	126
Summary.....	126
9 Seznam použitých zdrojů	127
10 Přílohy.....	130

Úvod

Diplomová práce se věnuje poruchám chování, etopedii jako vědě, která zkoumá příčiny a projevy poruch chování, sebepoškozujícímu chování a krizové intervenci.

Každý z nás se někdy v životě dostane do tíživé situace, kterou je obtížné zvládnout. Důležité v tomto případě jsou naše osobnostní rysy, především tolerance vůči zátěži. V mnohém nám pomáhá i rodina, která nám jednak předává vzorce chování při obtížných situacích, ale také nás v těchto dnech podporuje a stojí při nás.

Jedinci s poruchami chování převážně pocházejí ze silně narušených rodinných prostředí, které nejen že zanedbává jejich péči a starost o jejich vývoj, ale také jim předává špatné vzorce chování, které berou za správné a aplikují je v běžném životě.

Pokud si již od raného dětství přinášíme neuvolněné emoce - v důsledku zanedbání rodinné péče, jsme učení se za ně stydět a neprojevat je nebo v horších případech jsme se stali oběťmi fyzického, psychického či sexuálního násilí od členů rodiny, je jasné, že tyto emoce a vnitřní traumata musí jednoho dne vyplynout na povrch. Nejčastěji právě sebepoškozujícím jednáním. Toto jednání přináší jedincům pocit úlevy, převedou fyzickou bolest na bolest psychickou a na chvíli se dostanou do stavu euforie, kdy jim nezáleží na okolním světě, mohou se naplno do tohoto aktu ponořit.

Je třeba si uvědomit, že sebepoškozování je jev, který se bude více navyšovat, i když v ČR zatím mnoho výzkumů, zabývajících se touto problematikou neproběhlo. Většinou se vychází ze zahraničních výzkumů. Při porovnání zahraniční a české dostupné literatury přicházíme do střetu s terminologickou nejednotností. Když se vrátíme ke zmíněným výzkumům, vyplývá z nich, že nejčastěji dochází k sebepoškozování v období pubescence a adolescence a to převážně z důvodu emocionální nevyzrálosti jedinců.

Nejčastěji se sebepoškozují dívky, než chlapci, i když i sebepoškozování u mladých chlapců je na vzestupu. Procento sebepoškozujícího chování, které je uvedeno v teoretické části práce a vyplývá právě ze zahraničních publikací a výzkumů a jejich následná recidiva je zcela mnohem vyšší, než se zprvu může zdát.

Důvodem může být nedostatek péče a zájmu ze strany odborníků, ale i ze strany rodičů. Jelikož je tato práce zaměřena na sebepoškozující chování u jedinců s poruchami chování, rodinné prostředí je narušené. Co se týče odborníků, za léta praxe s těmito jedinci připisují některým aktům menší význam.

Na sebepoškozující chování se dá pohlížet i na jako určitou formu komunikace, při které

je ovšem narušena fyzická integrita. Mezi nejznámější, i mezi veřejností, formy patří pálení se, sebeřezání, píchání ostrými předměty anebo bušení pěstmi či hlavou do zdi a předmětů. Rozdílem mezi sebepoškozujícím chováním a suicidálním jednáním je ten, že se jedná o akt, u kterého není úmysl zemřít, pouze si přivodit fyzickou bolest a potlačit tím psychickou bolest. Cílem této práce bylo objasnit nejzávažnější a nejčastější příčiny, které dovedou jedince s poruchami chování k takovému aktu. Samozřejmě i zjistit, jakým způsobem se dá toto chování redukovat.

1 Poruchy chování

1.1 Základní charakteristika poruch chování

Diplomová práce je zaměřena na jedince s poruchami chování. Abychom se této problematice mohli věnovat podrobněji, musíme si ujasnit ty nejzákladnější pojmy, jako jsou chování, problémové chování a poruchové chování. Pod pojmem chování si představíme jakékoliv jednání (či chceme chování), kterým živé bytosti reagují na signály a emoce z vnějšího prostředí.

Společnost si nastavila určité normy a pravidla, psané či nepsané formy, při jejichž dodržování je chování klasifikováno jako žádoucí. Pokud tyto normy nedodržujeme, je naše chování označováno jako problémové či poruchové, zde ovšem musíme posoudit intenzitu a délku trvání takového chování, popřípadě jeho recidivu. Pokud se jedinci takového chování, nežádoucího, dopustí či opakovaně dopouštějí, bývají společensky segregováni.

Nejčastější profese, která se s touto skupinou jedinců setkává, jsou pedagogové anebo vychovatelé. Jejich práce bývá právě těmito jedinci silně narušována. Během vyučování či jiné výchovné aktivity nejen vyrušují, ale deformují i klima sociální skupiny nebo přesněji třídy. Nejjednodušší cestou je takového žáka označit za jedince s poruchou či problémem v chování a vyloučit ho z třídního klimatu. Pokud se ale podíváme na daný problém z druhé strany, je na pedagoga vyvíjen nátlak, aby za pomoci svého umu dokázal udržet klima třídy v určité, přijatelné, rovině.

Vojtová (2005) uvádí, že vyloučení z přirozeného sociálního prostředí třídy a kolektivu může mít za následek vytvoření rizika pro oslabení žákovy konceptu sebepojetí v dospělosti.

Žák s problémem v chování si uvědomuje nastavená pravidla dané sociální skupiny (například třídy, školy), ví o svých problémech a vadí mu. Nenarušuje normy úmyslně. Tyto problémy bývají krátkodobého charakteru, objeví se většinou při nějaké náhlé změně (např. změna pedagoga, na kterého si žák zvyknul). Nápravy lze dosáhnout cílenými pedagogickými opatřeními.

Žák s poruchou v chování si uvědomuje pravidla a nastavené normy chování v dané sociální skupině, ale naopak od žáka s problémem v chování je nepřijímá a ignoruje je. Nepocituje vinu k důsledkům svého chování. Toto chování je dlouhodobého charakteru. Náprava vyžaduje speciální péči odborníků. Tato náprava směřuje k sublimaci způsobů chování, které je nepřijatelné na způsoby chování a jednání, které je přijatelné.

Vitásková (2005) definuje poruchu chování jako kteroukoliv negativní odchylku od

normy, která je obrazem vědomého jednání, které mohou vyústit až do stádia delikvence a kriminality. Vymezení poruch chování vyčlenila zase Vágnerová (2003) na tato 3 hlediska:

- 1.) Jedinec nerespektuje sociální normy platné v dané společnosti
- 2.) Jedinec se projevuje výraznými nápadnostmi v oblasti sociálních vztahů, nedostatkem empatie, citovou chladností a egoismem
- 3.) Typickým rysem jedince s poruchou chování je agresivita

Vitásková (2005) dále charakterizuje vybrané poruchy chování dle WHO:

- a.) Porucha chování ve vztahu k rodině (F 91,0)-** Konflikty a poruchy v chování vznikají pouze v rodinném prostředí, mimo ni je chování v pořádku. Mohou se vyskytnout drobné krádeže nebo ničení věcí osoby, rodinného příslušníka, se kterou je jedinec v konfliktu.
- b.) Nesocializovaná porucha chování (F 91,1)-** Jedinec má vlastnosti, pro něž je ve skupině svých vrstevníků neoblíbený. Je agresivní, neposlušný, hrubý. Jedná se o tzv. samotářské agresivní dítě.
- c.) Socializovaná porucha chování (F 91,2)-** Tento typ jedince bývá mezi svými vrstevníky oblíben, má přátele, ale negativní vztah k dospělým. Objevuje se záškoláctví a krádeže.
- d.) Porucha opozičního vzporu (F 91,3)-** Vyskytuje se převážně u dětí ve věku 10 let. Není zde přítomna surovost, krádeže či ničení věcí. Dítě je vzdorovité k pokynům dospělých, nepřizná vlastní chybu, je zlostné a podrážděné. Snaží se škodit dospělým.
- e.) Sociální úzkostná porucha v dětství (F 93,3)-** Vzniká již před 6. rokem dítěte. Děti nemají problém s rodiči či se známými, ale pocítují úzkostný strach ze sociálních kontaktů a z toho plyne jejich porucha.
- f.) Reaktivní porucha příchyllosti (F 94,1)-** Vyskytuje se u dětí se zanedbanou citovou péčí. Dítě je bázlivé, emočně chudší, ustrašené. Pokud je předáno do prostředí s adekvátní citovou péčí, zlepší se jejich stav.
- g.) Desinhibovaná porucha příchyllosti (F 94,2)-** Velmi podobná té předchozí. Vzniká ve školním věku, dítě okamžitě ke všem přilne, je ihned přátelské, ale vztah s vrstevníky či dospělými je nestálý, málo důvěrný, povrchní a přelétavý. Pokud není nastolena dostatečná citová péče a emoční zázemí, stává se tato porucha typickým rysem jedince.

- h.) Tourettův syndrom (F 95)-** Jedná se o mnohočetné motorické a vokální tiky doprovázené pokašláváním, chrochtáním a vykřikováním obscénních slov. Výsledkem je neúnosná sociální situace jedinců s tímto syndromem.
- i.) Pika (F 98,3)-** Projevuje se požíváním nestravitelných látek, což bývá časté u dětí s autismem či mentální retardací, ale může se vyskytovat i jako samostatné psychopatologické chování (Vitásková, 2005).

1.2 Etiologie, klasifikace a diagnostika poruch chování

Příčiny poruch chování jsou různé. Mohou to být multifaktoriální příčiny, genetické faktory, biologické faktory (narušení struktury funkce CNS) anebo sociální faktory- tedy sociálního prostředí- (rodina, škola, další sociální skupiny či různé subkultury) anebo endogenní či exogenní faktory.

Většinou ale mívají vždy multifaktoriální charakter. Vitásková (2005) uvádí toto rozdělení příčin, které se navzájem prolíná a kombinuje:

- 1.) **BIOLOGICKÉ PŘÍČINY-** Sem patří právě zmíněné genetické faktory, jako jsou různé chromozomální abnormality a další. Za další sem můžeme řadit endokrinní faktory (nedostatek či nadbytek některého hormonu), fyziologické poruchy, malformace, vývojové vady atd.
- 2.) **PSYCHOLOGICKÉ PŘÍČINY-** Porucha socializace v raném dětství (jak odkazuje S. Freud na nevyřízené vazby plynoucí např. z Oidipova či Elektrina komplexu), porucha komunikace s rodiči (Matějček poukazuje na různé deprivací zkušenosti), anebo existenční krize, ztráta smyslu života (dle V. Frankla).
- 3.) **SOCIÁLNÍ PŘÍČINY-** Příčina související se změnami norem, inklinování k subkulturám, které mají sklony k sociálně patologickým jevům.
- 4.) **KULTURNÍ PŘÍČINY-** Velmi důležitá příčina. Každá subkultura má rozdílný pohled na společenské normy a jejich respektování (rozdílná tolerance k určitému jednání)→ to vede k „*labelingu*“ (tedy metoda nálepkování).
- 5.) **SITUAČNÍ PŘÍČINY-** Zde si můžeme představit různé zátěžové situace či situace svádějící k delikventnímu chování, které jedinec nezvládne.

U klasifikace poruch chování se mnozí autoři rozcházejí. Někteří se zaměřují na místo, kde se projevuje daná porucha nejvíce a někteří se spíše orientují na věk propuknutí či intenzitu projevu poruch chování. Vojtová (2005) rozděluje poruchy chování dle

medicínského hlediska, dimenzionální klasifikace, sociální klasifikace a školské klasifikace.

Z medicínského hlediska je pohlíženo na poruchu chování jako na nemoc v určitém časovém okamžiku. Pomáhá to odlišit poruchu chování od jiné poruchy. Za zdravého jedince můžeme považovat toho, který se nejen po fyzické, ale i psychické (duševní) a sociální stránce cítí dobře, opakem toho je definice nemoci. Toto hledisko zastává názor, že postižení a fungování jedince je interakce mezi jeho fyzickou a mentální kondicí. Poruchy chování jsou diagnostikovány obvykle v dětství a v dospívání. I přesto, že je medicínská klasifikace velmi užívaná a učitel se s ní bude při své práci s těmito žáky setkávat, je třeba si uvědomit, že zařazení žáka do některé z těchto kategorií není podkladem pro indikaci ve speciálně pedagogickém rámci.

Medicínská klasifikace PCH:

<i>„Hyperkinetické poruchy</i>	<i>Porucha aktivity a pozornosti Hyperkinetická porucha chování Jiné hyperkinetické poruchy</i>
<i>Poruchy chování</i>	<i>Porucha chování vázaná na vztahy k rodině Nesocializovaná porucha chování Porucha chování samotářského typu Socializovaná porucha chování Porucha opozičního vzdoru Poruchy chování nespecifikované</i>
<i>Smíšené poruchy chování a emocí</i>	<i>Depresivní porucha chování Smíšené poruchy chování a emocí Smíšená porucha chování a emocí nespecifikovaná</i>
<i>Emoční poruchy</i>	<i>Separační úzkostná porucha v dětství Fobická anxiozní porucha v dětství Sociální anxiozní porucha v dětství Porucha sourozenecké rivality Jiné dětské emoční poruchy</i>

<i>Poruchy sociálních funkcí</i>	<i>Elektivní mutismus</i> <i>Reaktivní porucha přichylnosti dětí</i> <i>Porucha desinhibovaných vztahů u dětí“</i>
----------------------------------	--

Tabulka č. 1: (Vojtová, 2005, s. 82)

Dimenzionální klasifikace se v psychologii a speciální pedagogice využívá hlavně v anglosaských zemích. Při svém rozčlenění využívá například faktorovou analýzu. Tato analýza vznikla v psychologii a jedná se o statistickou analýzu, která vysvětluje rozptyl pozorovaných proměnných pomocí menšího počtu latentních proměnných. Tato klasifikace sleduje, o jaký stupeň poruchy se jedná, jaká je hloubka poruchy a jak je chování jedince výrazně odlišné od sociální normy. Rozděluje do 4 dimenzí- poruchy chování, osobnostní problémy, nevyzrálost a socializovaná agrese. Zařazení jedince do některé ze skupin závisí na intenzitě vzorců chování.

1. **Poruchy chování-** verbální a fyzická agrese, negativismus, nezodpovědnost, vzdor a odmítání autority
2. **Osobnostní problémy-** úzkostné chování, uzavřenost, izolace, stydlivost, zvýšená sensibilita a uzavírání se před sociálním prostředím
3. **Nevyzrálost-** roztržitost, problémy s pozorností, pasivita, zasněnost a lenost
4. **Socializovaná agrese-** skupinová agrese, loupeže a záškoláctví

Sociální klasifikace vychází z Klímovy klasifikace poruch chování. Zde se jedná u jedince na dopad na jeho sociální dimenzi- tedy poruchy chování, které ovlivňují sociální vztahy v jeho sociálním prostředí. Jedná se o nejčastější klasifikaci poruch chování a dělíme ji na disociální, asociální a antisociální.

- a. **Disociální-** chování nespolečenské, nepřiměřené, ale zvládnutelné běžnými pedagogickými prostředky (zlozvyky, dětská lež, vzdorovitost, drobné krádeže, negativismus, nekázeň, pomluvy)- většinou má přechodný ráz a většinou vymizí za pomoci motivace, odměnou. Týká se to dětí většinou nižší věkové kategorie.
- b. **Asociální-** jsou v rozporu se společenskou morálkou. Jejich nositel porušuje společenské normy, ale jejich intenzitou ještě nepřekračuje právní předpisy, svým jednáním poškozuje především sám sebe (závislosti- tabakismus, alkoholismus, toxikomanie, záškoláctví, toulky, útěky, gamblerství a demonstrativní

sebepoškozování)- je zde už nutný speciálně pedagogický- etopedický přístup a prostředky.

- c. Antisociální, delikvence-** nejzávažnější stupeň, chování je protispolečenské (veškeré protispolečenské chování bez ohledu na věk, původ a intenzitu činu), poškozuje společnost i jedince, ohrožuje nejvyšší hodnoty včetně lidského života. Nositel porušuje zákony, musí přijít náprava pouze ústavní péčí, není už zbytí, musí přijít represe v podobě ústavních systémů tomu určených (trestná činnost jako krádeže, loupeže, vandalství, sexuální delikty, organizovaný zločin, zabití, vraždy). Cílem je znovu začlenění do společnosti, je zde vysoká pravděpodobnost recidivy.

I. Dětská delikvence (prekriminalita)- do 15 let

II. Juvenilní delikvence- 15- 18 let

Školská klasifikace vyplývá hlavně z pozorování, jak se jedinec chová ve školním prostředí, jaký má vztah k autoritám (pedagogům) a ke svým vrstevníkům. Z tohoto se odvíjí i její rozdělení. Pojetí rozdělení je v zahraničí jednodušší a utřídnější. Zahraniční literatura ji *rozděluje takto*:

- a.** Porucha chování vyplývající z konfliktu- záškoláctví, lhaní
- b.** Porucha chování spojená s násilím- agrese, šikana
- c.** Porucha chování související se závislostí- toxikomanie, gambling, v dnešní době ovšem nejvíce netolismus

Jiné rozdělení:

- 1. Poruchy chování s externími vlivy-** agrese, porucha pozornosti, impulzivita, hyperaktivita
- 2. Poruchy chování s interními vlivy-** strach, komplex méněcennosti, úzkostnost, poruchy spánku
- 3. Nezralé sociální vztahy-** snížená schopnost koncentrace, infantilnost, unavitelnost
- 4. Socializovaná delikvence-** násilnické chování, vznětlivost, nezodpovědnost, porucha vztahů (Vitásková, 2005)

V neposlední řadě se v této kapitole zaměříme na etopedickou diagnózu poruchového chování. Termín diagnóza se skládá z řeckého dia= skrze a gisis= poznávání. Jedná se o rozpoznávání nemocí či poruch, které je hojně využívané obzvláště v lékařství. Později byl

tento pojem rozšířen i mezi další obory, jako jsou například psychologie či pedagogika.

Diagnostický proces je objektivní poznávání stavu, jehož výsledkem je diagnóza, která je souborem důležitých znaků (symptomů).

Speciálně pedagogická diagnostika je vědní disciplína vycházející z pedagogické diagnostiky. Jedná se o komplexní proces, který poznává, posuzuje a hodnotí. Zabývá se zkoumáním individuálních zvláštností, vlastností a možností postiženého jedince. Odhaluje podstatné souvislosti, které by mohly být příčinou poruchy či postižení. Tvoří prognózu a východisko, jako například individuální program, který má za úkol optimalizovat vývoj jedince a jeho následné uplatnění v běžném životě.

Etopedická diagnostika je činnost směřující k zjištění projevů a příznaků chování s cílem zjistit příčiny, stanovit postup směrem k reedukaci s prognostickým závěrem. Musí se zjistit příčiny daného poruchového chování, jednání (zda se jedná například o rodinné nebo školní prostředí anebo to jsou genetické dispozice). Poté stanovíme postupy reedukace. Speciální pedagogové mohou využívat skupinové sezení (práci) a pozorovat děti v sociální interakci (různé sociální role, sociální chování). Vezmou si dítě a začnou s ním pracovat individuálně na základě důvěry, což může trvat a co dítě sdělí, tak musí zůstat jen mezi ním a etopedem. Musí se ale na druhou stranu umět profesionálně odtáhnout, nesmí se na někoho zafixovat a nahrazovat mu „rodičovskou lásku“, můžou být k němu citově napojeni, ale nesmí se to přehánět, musí být zde určité limity. Samozřejmě se spolupracuje i s dalšími odborníky, tým je interní (speciální pedagog, etoped, terapeut) a externí (pediatr, klinický psycholog). Dále se musí vědět, kam nasměrovat rodinu dítěte s poruchami chování, myslí se tím SPC, PPP atd.

Mezi diagnostické znaky poruch chování patří:

- **Odlišné emoční prožívání**- prchlivé reakce, podrážděnost, negativní pocity, osobní nepohoda, napětí, neumí prožívat radost
- **Odlišný způsob uvažování**- neschopnost vyhodnocovat věci správně, jsou vztahovační, nejsou schopni vidět dopředu a dohledat možné důsledky svého chování
- **Narušené sebehodnocení** - buď nezdravě vysoké, anebo příliš nízké
- **Odlišnost socializace**- narušené vztahy k lidem, nemají empatii, neudrží kvalitní vztah, přechází z těchto vztahů, nechťejí se vázat, jsou egocentričtí, hledají vinu v druhých (jistotu jim přináší parta)

Diagnostický proces je buď dlouhodobý, anebo krátkodobý, záleží na spolupráci rodiny, dítěte, ale také na intenzitě jeho poruchy. Vedou se diagnostické dokumentace, jako jsou anamnézy (rodinná a osobní), zkoumání sociálního a školního prostředí dítěte. Dále se zkoumá zdravotní stav, vlastnosti, povahové rysy a rozumové schopnosti dítěte. Musí se také zjistit, zda nenastala v jeho přirozeném prostředí kolizní situace (např. šikana, týrání, sexuální zneužívání).

1.3 Konkrétní projevy problémového chování

Poruchy chování mohou mít celou škálu projevů tohoto nežádoucího jednání. Mezi obecně známé patří agrese k lidem a zvířatům, destrukce majetku a vlastnictví, nepoctivost, krádeže, lhaní, podvody, vážné porušování pravidel (pozdní příchody, záškoláctví, útky), páchaní trestné činnosti (Vitásková, 2005).

Mezi další, které bývají u dětí a dospívajících jedinců patří dětská neposlušnost a nekázeň, vzdorovitost, negativismus, lhaní, záškoláctví, útky, toulání, patologické závislosti (drogové závislosti včetně alkoholismu a nikotinismu, gamblerství, závislosti na kultech nebo sektách apod.), sebevražedné jednání, krádeže, agresivita a šikanování, sexuální deviace atd. (Holeček, 2004).

Dětská neposlušnost a nekázeň

Neplnění pokynů vychovávajících, nerespektovaných výzev nebo norem. Jde o prosazování vlastních záměrů, výchovně nežádoucích. Projevy nevhodného chování působí problémy nejen dítěti, ale i okolí. Při nedostatečně citlivém přístupu učitele se reakce mohou zafixovat a stanou se naučenými. Může se vyvinout v negativismus nebo vzdorovitost. Neposlušnost může být v určitém věku fyziologická (sebeprosazení při uvědomování si vlastního já, zprvu sama sebe). Výchova ke kázni musí respektovat důstojnost osobnosti. Nedostatky v kázni bývají také důsledkem nedostatečné motivace žáka nebo jeho nedostatečné zaměstnanosti.

Vzdorovitost

Mezi třetím až pátým rokem dítěte – období vzdoru, dítě si uvědomuje vlastní já. Podobné období v pubertě. Nadměrné zákazy, příkazy, perfekcionistická výchova vyvolávají reaktivní chování vyúsťující ve vzdorovitost (vnímáme ji jako formu vystupňované neposlušnosti). Jedinec aktivně odpírá podříditi se výchovným požadavkům. Příkazy a zákazy působí dítěti obtíž, pokud není znám jejich smysl. Projevují se tak děti

zhýčkané, nebo naopak přísně vedené. Podstatou vzdorovitosti jsou reakce jedince na náročné situace.

Negativismus

Počáteční projev nezralé dětské vůle, předpokladem je uvědomění vlastního já jako aktivního činitele. Experimentování s vůlí. Dítě často potřebuje prosadit vlastní variantu a je mu lhostejné, jaká je. Dítě je zaměřeno na neshody, na odmítání určitých požadavků, na protest proti dané skupině a odmítání určité osobnosti. Takový jedinec zůstává vůči všem podnětům netečný, uzavírá se do sebe, vyhledává samotu, přestává s ostatními i verbálně komunikovat.

Záškoláctví a odpor ke škole

Je spojován se strachem z negativního hodnocení. Příčiny je třeba hledat ve škole, ale i v rodině a osobnosti dítěte. Počátkem záškoláctví bývá impulzivní jednání, vyvolává nutnost dělat další přestupky, vždy je signálem nevyřešeného problému. Může být individuální i skupinové. Může být výrazem nechoty či neschopnosti akceptovat povinnosti. Je – li posuzováno, je potřeba vzít v úvahu odlišný socializační vývoj. Čím dříve se projeví a čím více je promyšlené a častější, tím je jeho eliminace těžší. Od toho se odvíjí prognóza nápravy (tím méně je příznivá).

Útěky a toulání

Závažná varianta únikového jednání. Chronické nebo aktuálního charakteru. Dítě není schopné zvládnout situaci vhodnějším, adaptačně zralejším způsobem. Také útěky bez příčiny (nemotivované).

- **reaktivní, impulzivní** útěky – zkratkovitá reakce na nezvladatelnou situaci doma, ve škole. Smyslem může být i pomsta dospělým, bývají ojedinělé.
- **plánované a připravované** útěky mají většinou základnu v dlouhodobě neřešených problémech. Mívají na rozdíl od impulzivního útěku přesný cíl (kam, kde, ke komu, co řekne), nechutí k návratu.
- **opakované** – projev maladaptivity
- **chorobné** útěky – výrazem nějakého onemocnění, mají ráz impulzivního jednání, dítě bez důvodu utíká
- **toulání** – dlouhotrvající opuštění domova, navazuje na útěky a záškoláctví. Toulají se sami či v partě, může být propojené s krádežemi, drogou, prostitucí.

Krádeže

Dítě je schopno pochopit pojem vlastnictví, akceptovat danou normu chování. Posuzujeme **místo** krádeže, **způsob** (neplánované, plánované, v partě či sami), **cíl** krádeže (motivace- pro druhé, pro sebe, pro partu- snaha udržet si svou pozici souvisí se sociálními normami party)

- **kleptomanie** – zdánlivě nesmyslná forma impulzivních, nevysvětlitelných krádeží, odcizování bez výběru, či přísně výběrově. I u mentálně postižených, není to porucha chování. Nejde o vědomé porušování sociálních norem.

Drogová problematika

Tělesná a duševní závislost na určité látce ovlivňující fyziologické a duševní projevy. Nápadnosti v citovém ladění, autoregulačních mechanismech a jednání. Hierarchie hodnot je ovládána získáním drogy. Návykové užívání vede k destrukci osobnosti, s duševními změnami postupuje i tělesné chátrání. Motivace užívání je snaha zbavit se pocitů méněcennosti, nepříjemné tenze, úzkostí, strachů, pocitu prázdnoty, nepochopení okolí apod. Roli zde sehrává nuda, nedostatek atraktivní činnosti, zvědavost, apod.

1.4 Poruchy chování v dětském věku

Z hlediska etopédie se jedná o období okolo věku 6 let, kdy se dají správně diagnostikovat a kdy se hlavně projevují první náznaky poruchového chování. Jedná se o poruchy dlouhodobějšího rázu, které se stávají opakujícím se vzorcem chování.

Školní věk se stává obdobím socializace, kdy na dítě nejvíce působí prostředí rodiny, školy a vrstevnických skupin. Také se jedná o období učení a nápodoby žádoucích či nežádoucích vzorců chování. Zde dochází k vývoji sociálních funkcí a socializace, které podmiňují rozvoj poznávacích schopností a emocionální složky. Rozhodující je také znalost společenských norem, jejich respektování a identifikace s nimi.

Otázka morálního vývoje závisí i na vazbě mezi matkou a dítětem, při jejímž narušení může docházet k syndromu Bowlbyho vazby nebo jinak známé teorie citové vazby, jejímž autorem je John Bowlby. Ta studuje citové přilnutí malého dítěte k matce a dalším blízkým osobám, při narušení mohou být děti úzkostné, plačtivé, ustrašené či emočně senzitivnější.

V jednotlivých fázích školní docházky dochází k různým *problémům a poruchám*:

- **Raný školní věk**- nezralost, infantilnost, nepřipravenost, neschopnost ovládat své impulsy, neuvědomění si, co se může a co ne. Původ je v rodinném prostředí. Může mít za následek adaptační problémy a nesocializované poruchy chování.
- **Střední školní věk**- největší vliv má vrstevnická skupina (parta). V tomto období se utváří sociální status žáka a při neoblíbenosti a nepřijetí jeho vrstevníky může vést k odmítavým postojům, šikanování či prohřeškům proti školním normám (Vitásková, 2005).

1.5 Poruchy chování v období dospívání

Období dospívání patří k nejsložitějším v lidském životě. Nastupuje období, kdy se do popředí dostávají emoce a racionalita a racionální chování ustupuje až na další stranu. Dle WHO by se dalo období charakterizovat od 10 do 19 let, samotné dospívání pak od 15 do 24 let.

Odehrávají se změny biologické a psychosociální. Z těch biologických je to zejména tělesný růst a tělesné změny, změna imunity, hormonální změny (z chlapců se stávají muži a z dívek ženy). K psychosociálním změnám patří především změna osobnosti, hodnot a postojů jedince. Utváří se sociální status, kdy mnoho mladých hledá samo sebe, chtějí někam patřit, ale mnohdy neví kam. Zde nastupuje silný vliv vrstevníků a do popředí se dostávají již zmíněné party. K tomu všemu patří samozřejmě příprava na budoucí povolání, oproštění se od rodiny a hledání vztahu ke druhému pohlaví.

Významně jsou ovlivněny 3 složky jedince. První je citová složka, kdy dochází k emoční nestabilitě, negativistickým postojům, úzkostnosti a vznětlivosti. Druhou složkou je složka intelektuální, kdy dochází ke kritickým postojům a pohledům jedince na svět kolem něj, zaujetí pro pravdu a hledání pravdy, tvořivé myšlení, definování hodnot. Poslední složkou je velmi významná složka sociální. Zde nastupuje rostoucí vliv a síla vrstevníků, krize autority, emancipace, vývoj vztahů a začátek sexuálního života.

Musíme si ale uvědomit, že v tomto období existuje rozpor mezi biologickou a psychosociální složkou. Na první pohled se nám mladistvý může jevit jako dospělý, ale uvnitř není vývoj ještě zcela dokončen. To nesmí být opomenuto ani při práci s těmito jedinci. Objevuje se taktéž více zdravotních rizik, jako jsou abuzus alkoholu, drog, pohlavní nemoci (při začínající pohlavní aktivitě), úrazy, otravy či gravidita aj.

Mezi důvody rizikového chování u těchto jedinců patří:

- A. Rizikové chování vychází ze zvláštností tohoto období-** experimentování, osamostatnění se, nebojácnost, potřeba uznání,...
- B. Rizikové chování vychází z problémů současné společnosti-** nestabilita rodin, chudoba, rostoucí nároky, školní selhávání, nejistá budoucnost,...(Vitásková, 2005).

ZÁSADY JEDNÁNÍ S MLADISTVÝM:

- přizpůsobit své jednání věku jedince a udělat si dobrý obraz o jeho osobnosti (empatie je jednou ze základních vlastností vychovatele)
- snažit se o těsnější kontakt při prvních rozhovorech, tzn. nesedět za velkým úředním stolem, začínat lehčí konverzaci o životě, koníčcích, hodnotách
- přimět jedince k verbalizaci svých problémů i přes negativismus a introverzi
- naučit se poslouchat, nechat mluvit, být trpělivý a chápavý
- nebagatelizovat problémy ostatních, každý vnímáme realitu jiným způsobem
- jednat čestně a otevřeně, nic neskrývat a překrucovat, snažit se jednat srozumitelně, stručně a logicky, nesnažit se pouze bezdůvodně omezovat a segregovat, mít na paměti věkovou vyzrálост jedince
- mladý člověk musí mít dojem, že o něj máme upřímný zájem a starost, musí vycítit, že mu chceme pomoci
- je nutné překonat určitou profesní ješitnost a spolupracovat s dalšími odborníky, – nesmí nás odradit hrubší jednání, je nutné mít na vědomí to, že jinak jednat nedovede
- snažit se chápat způsob myšlení mladého člověka, podmínky a faktory, které vedou k chování a jednání jemu vlastní. Jak mluvit s rizikově se chovajícím dospívajícím?
- neautoritativně, jako s partnerem, nemoralizovat, ale naslouchat a diskutovat
- rozhovor by měl vést ke společnému vypracování postupných kroků k nápravě

- mladistvému nabízíme pomocnou ruku, spolehlivé vztahy, podpůrné prostředí, pozitivní vzory (Skolspec, online, 2015).

JAK REAGOVAT NA RIZIKOVÉ CHOVÁNÍ:

- podpořit ho v důvěře, že problémy může zvládnout, pokud se pro to rozhodne, a my mu v tom pomůžeme
- povzbudit ho k otázkám a partnerskému rozhovoru
- odhalit příčiny jeho rizikového chování, hledat jeho konkrétní rizikové a ochranné faktory a pokusit se mu pomoci (rizikové odstraňovat, ochranné posilovat)
- neorientovat se na zákazy, ale na jeho vlastní rozhodnutí a zodpovědnost (často slyší na argument, že ho rizikové chování zbaví svobody a volnosti)
- v rámci pozitivní motivace poukázat na následky rizikového chování (Skolspec, online, 2015).

1.6 Osobnost jedince s poruchou chování

Podle Marie Vágnerové (2010) lze osobnost definovat jako stabilní systém, tedy určitý komplex vzájemně propojených somatických a psychických funkcí. Tento komplex ovlivňuje prožívání, chování, myšlení, a proto je nezbytné připomenout velice úzký vztah s prostředím.

Každý jsme osobností, člověk je osobnost jedinečná, tudíž nikdo není stejný jako ten druhý, což platí i u jednovaječných dvojčat, která jsou stejná jen po stránce fyzické. Tak jako určitý typ temperamentu dědíme, tak charakter získáváme. Proto se osobnost člověka rozvíjí v průběhu celého vývoje jedince. Osobnost člověka formují vnitřní a vnější vlivy. Mezi základní faktory, tvořící osobnost, patří zprvu biologické faktory, tělesný vzhled a podstatnou složkou jsou faktory sociální, kam ze začátku náleží rodina, poté vrstevníci a nejbližší okolí. Vývoj osobnosti výrazně narušuje přítomnost zdravotního postižení.

Dle školského zákona č. 561/2004 Sb. (§ 16 odst. 2) se za zdravotní postižení považuje mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus, vývojové poruchy učení nebo chování. (ŠZ, č.561/2004 Sb.).

Mezi největší problém takových jedinců patří negativní ladění vztahů k druhým, ale i k sobě samým. Považují se totiž za smolaře, za neúspěšné, mívají malé sebevědomí, jejich

rozhodnutí bývají impulzivní ve snaze rychle dosáhnout cíle, opakovaně a předem se vzdávají svých aspirací, jejich motivace je krátkodobá, neumí se radovat z drobných úspěchů (které bývají základem velkého úspěchu), úsilí bývá přerušováno náhodným lákavým podnětem. Všechny zde vyjmenované charakteristiky ubližují osobnosti jedince s poruchou chování. Kumulují se v něm emoce, které nedokáže zvládnout a dochází ke konfliktním situacím s jeho okolím. Jsou to tzv. nežádoucí reakce, které daný problém ještě více prohlubují. Je proto dobré neopomíjet ani tuto stránku jedince a naučit ho, aby i drobný úspěch bral jako vítězství (Vojtová, 2005).

1.7 Etopedie jako speciálně pedagogická disciplína

V této kapitole se budeme věnovat vymezení oboru etopedie, jeho cílům, předmětu zkoumání a různým pojetím tohoto oboru. Ve společnosti existují dvě různé skupiny jedinců. První, která je srozuměna se společenskými normami a dodržuje je. Ta druhé je taktéž s těmito normami srozuměna, ale nedodržuje je, dokonce je záměrně ignoruje. S touto skupinou jedinců, přesněji mládeže, je potřeba něco dělat. Vyhledat prostředky, techniky a postupy, jak je co nejúspěšněji začlenit do společnosti, aby žili co nejvíce plnohodnotný život a nebyli nebezpečím jak pro sebe, tak pro své okolí. Etopedie vznikla, a stále se vyvíjí, jako odpověď na tuto potřebu (Vojtová, 2005).

Etopedie je samostatná speciálně pedagogická disciplína, která se vyčlenila z oboru psychopedie a patří mezi nejmladší speciálně pedagogické disciplíny. Etopedie řeší poruchy chování a emocí z pohledu pedagogického (Rénotierová, Ludíková a kol., 2004). Pro věrohodnost výše zmíněných definicí jsou zde uvedeny další definice, které jsou staršího původu, ale jde zde v podstatě o tu samou věc, například, že etopedie „...je disciplínou speciální pedagogiky, která se zabývá poznáváním, výchovou, vzděláváním, eventuelně léčbou osob, které se v důsledku biologických, psychologických a sociálních příčin, dostaly do problémů s normami dnešního světa“ (Kuja in Vitásková, 2004).

„Etopedie se zabývá výchovou, vzděláváním a výzkumem sociálně narušené mládeže“ (Edelsberg in Vitásková, 2004). „Etopedie se zabývá problematikou výchovy, převýchovy a vzdělávání dětí a mládeže s poruchami chování, se sociálně maladaptivním (nepřizpůsobivým) chování, které bývá primárně zapříčiněno poruchou v sociálních vztazích jedince směrem k majoritní společnosti“ (Průcha in Vitásková, 2004).

Etopedie jako taková se zaměřuje na výzkum jedinců s poruchou chování. Za další zkoumá a popisuje etiologii poruch chování, prevenci a nápravu takového chování. Hlavním

předmětem je formování správných vzorců chování, tedy morální formování. Jedná se tedy o úzký vztah edukace, poruch chování a zvláštností vzdělávání těchto jedinců. Je třeba si uvědomit, že složkou socializace, která nás do určité míry formuje a má na nás podstatný vliv je i společnost, ve které se od útlého věku pohybujeme. Poruchy chování tuto složku narušují, narušují sociální vztahy a tím i vztah jedince k sociálnímu prostředí. Etopedie se zaměřuje na roviny osobnostního vývoje, kritických životních událostí a sociálních vztahů.

Předmětem osobnostního vývoje jedince je zkoumání odlišností ve vztahu k morálnímu vývoji, motivaci chování, procesu učení a životnímu horizontu. Rovina kritických životních událostí se zabývá krizovými situacemi, které vedou k citové deprivaci, pocitům ohrožení, školnímu selhávání a ke ztrátě sociální stability. Rovina sociálních vztahů řeší kvalitu metod, technik a postupů, které jsou použity za cílem sociální integrace a zaměřuje se zejména na nevhodné výchovné přístupy ze stran rodičů a pedagogů, nebo na hodnotové normy sociálního mikroprostředí (Vojtová, 2005).

Každá věda, která je založena na praktickém aplikování, musí mít teoretické zázemí. Ze zkušeností vzejde praxe a z praxe, která je patřičně zanalyzována vzejdou metody, postupy a techniky- tedy teorie- která se upravuje dle individuálních potřeb každého jedince. Jak uvádí Vojtová (2012) bez tohoto by pedagogové jednali pouze pokusem a omylem, což i u živých bytostí nelze dovolit, je to příliš riskantní.

Teorie etopedie má tedy za úkol sběr dat a poznatků, jejich následnou analýzu a vyhodnocování. Vydává doporučení pro praxi, ověřuje platnosti poznatků, vytváří možnost studijních programů a provádí další vzdělávání pedagogů. Oproti tomu praxe má za úkol edukaci jedinců s poruchami chování a emocí. Vytváří prevenci, intervenci a reedukaci.

Podle Vitáskové (2004) jsou předmětem etopedie sekundární důsledky sociálního defektu jedince, které jsou označovány jako defektivita. Defekty a defektivitou se zabýval zakladatel speciální pedagogiky prof. Sovák. A dále uvádí, že se etopedie musela stát vědou proměnlivou a přizpůsobivou vzhledem k neustále se měnící a vyvíjející se společnosti.

Dlouhodobým vývojem dospěla etopedie do momentální struktury svých cílů a úkolů. Každá vědní disciplína má své obecné a specifické cíle. Mezi obecné cíle etopedie můžeme řadit terminologii předmětu, charakteristiku cílové skupiny, popis metod a technik, charakteristika etopedických funkcí a další. Mezi specifické cíle patří reakce na změny společnosti, změny v přístupu k jedincům s poruchami chování, přijímání zahraničních poznatků, posilování důrazu kladený na prevenci, zdokonalování intervence, orientace edukačního procesu na zvládání krizových životních situací, seznamování široké veřejnosti

s odlišnostmi těchto jedinců.

Pro naplnění všech těchto cílů je zapotřebí respektu, akceptace, empatie, adaptace, vzdělávání a další perspektiva (Vitásková, 2004).

Další pojetí etopedie popisuje Hutýrová (2006) jako složeninu slov ethos (z řečtiny= mrav) a paideia (= výchova). Můžeme ji tedy volně přeložit jako výchovu ke správným mravům dané společnosti. Etopedie je součástí speciální pedagogiky a jedná se o multidisciplinární obor, ale o tom v jiné kapitole. Odlišuje se od ostatních speciálně pedagogických disciplín svou cílovou skupinou. Ostatní vědní disciplíny speciální pedagogiky se věnují většinou jedincům s vrozeným typem postižení, kdežto etopedie se věnuje jedincům s poškozením získaným. Podstatným rozdílem je i to, že etopedie se tolik nezajímá o intenzitu poruchy, nýbrž o vnitřní předpoklady každého jedince pro nápravu jeho chování.

Novější vymezení oboru etopedie uvádí Kaleja (2013), ten uvádí, že vlivem rozvoje společnosti se posunuly hranice normality a posuzování toho, co je normální a co naopak není. V odborné literatuře se už nesetkáme se samostatným pojmem etopedie, ale pouze se „speciální pedagogika- etopedie“. Důležité je, že Kaleja označuje za cílovou skupinu etopedie celou společnost a to z toho důvodu, že zde jde i o velmi důležitou prevenci a osvětu, která se týká celé společnosti.

Etopedie má své spolupracující obory, které zajišťují její interdisciplinaritu. Jsou to takové vědní obory, které řeší subjekty, objekty, jejich vzájemné vztahy, příčiny a následky. Obor etopedie si zakládá na oborově- předmětovou reciprocitu, čili vzájemnost, a proto vychází z filozofie, praktické etiky, pedagogiky, neurologie, psychiatrie, genetiky, psychologie, sociologie, práva, kriminologie, penologie, axiologie (učení o hodnotách) (Kaleja, 2013).

Etopedie se řadí mezi empiricko- narativní vědy a to proto, že čerpá nejen teorii, ale i praxi z jiných vědních disciplín. Úzce spolupracuje s psychologií, medicínou, sociologií, filozofií, pedagogikou, penologií, právem, atd. (Vojtová, 2005).

1.8 Cílová skupina etopedie

Etopedie má 3 cílové skupiny, tzv. rizikové skupiny dětí a mládeže, kterým se věnuje, ať už po stránce reedukační či stránce preventivní.

1) Děti v riziku- riziko k problémovému chování a emocí. Všechny děti, kterým život do cesty přináší překážky a úskalí natolik závažné, že žijí horším sociálním životem. Dítě na svět přichází jako nepopsaná tabule, ale život a svět dospělých jim přináší překážky.

- a. *Riziko spojené s osobností dítěte*
- b. *Riziko spojené s rodinou dítěte*
- c. *Riziko spojené se společností*
- d. *Riziko spojené se školou*

2) Dítě s problémem v chování- už zde nastává nějaký problém. Dítě začne mít nějaké problémy v chování a společnost dnešní doby (neodbornost) má tendence nálepkovat dítě. Nejdůležitější je správně diagnostikovat, zda se jedná o poruchu chování anebo problém v chování, včasnost kontaktu s odborníky, správně zvolit etopedickou intervenci. Může to předejít zhoršení situace a předchází se vylučování z přirozeného prostředí (rodina, škola).

- e. *Problém v chování X porucha chování*

I. Rozdíl v motivaci nežádoucího chování:

1. **Problém v chování-** dítě o svých problémech ví, vadí mu a chce je odstranit, normy nenarušuje úmyslně, ale je třeba výsledkem mezi vnějšími požadavky a vnitřními potřebami, když je konfrontován, tak by to chtěl zvládnout, ale neumí to
2. **Porucha chování-** nepřijímá a ignoruje dané normy, je mu to jedno, tyto děti vůbec nepocítují vinu, myslí si, že tak je to správně, a proto to nechtějí napravovat, protože jsou v tom spokojené, vnější svět je jim ukraden

II. Rozdíl v časovém období a intenzitě:

1. **Problém v chování-** problémy jsou většinou krátkodobé
2. **Porucha chování-** porušuje normy dlouhodobě

III. Rozdíl ve způsobech podpory a intervence:

1. **Problém v chování**- cílená pedagogická náprava
2. **Porucha chování**- musí nastoupit speciální intervence etopedická (Vitásková, 2005).

1.9 OSPOD

Jedná se o orgán sociálně právní ochrany dětí a zaštiťuje práva dětí v ČR. Najdeme ho při městských úřadech a jejich kontrolním orgánem jsou krajské úřady. Velmi důležitou legislativou je zde zákon č. 359/ 1999, který byl novelizován na zákon č. 401/2013 – snaží se o odklon ústavní péče, formou pěstounské péče, měli by mít registr pěstounů. V zákoně je přesně uvedeno, že dospělí se nesmí citově vázat na dítě, které vychovává.

OSPOD musí dbát na to, že dítě je vždy na prvním místě, jedná se v jeho zájmu, je zde snaha o odstranění chudoby, potřeba investování do dětí, snaha nevykloučit žádné dítě (žádná diskriminace – barva pleti, šikana), pečovat o každé dítě – zajistit příznivý start do života, chránit, nabízet podporu do zletilosti, zajišťovat zdravotní péči, vzdělávání každého dítěte (pokud v rodině dítě nechodí do školy, odejme se o ústavní péče, ústav dohlíží na docházení do školy), chránit děti před ubližováním, vykořisťováním, zanedbáváním, chránit děti před válkami, naslouchat dětem, zajistit jejich participaci (jejich spolupodílení se na jejich životní cestě), chránit pro děti naši zemi. Z toho vychází **Úmluva o právech dítěte**:

- každé dítě má právo: na život, nikdo nemá právo zbavit dítě či člověka života, nebo poškodit jeho zdraví
- na jméno - identitu
- na státní příslušnost
- na rodinu
- na ochranu zdraví
- na takovou životní úroveň, která umožňuje se rozvíjet tělesně, duševně, morálně, sociálně
- na vzdělání
- vyslovovat svůj názor ke všem tématům, které se ho týkají; názorům se musí věnovat patřičná pozornost
- na svobodu projevu
- na pokojné shromažďování
- vyhledávat a rozšiřovat svůj obzor všeobecného přehledu

- na svobodu myšlení, svědomí, náboženství
- na soukromí
- na ochranu před týráním, zanedbáváním, stát je povinen to zajistit

V OSPODu jsou sociální pracovníci a to proto, pokud se dítě dostane do krize z důvodů sociálních a kurátoři, pokud se dítě dostane do krize z výchovných problémů, podávají návrh OSPODu na odebrání dítěte z rodiny, vytvářejí případové studie – je popsána nějaká kauza (jak se s dítětem pracovalo, anamnéza, průřez jak se dítě vyvíjelo s problémy) a účastní se případové konferencí – svolají lidi, které všechny potřebují, probíhá konference bez dítěte, pak ho přizvou, ptají se na názor, pak se všem řekne výsledek.

Sociálně-právní ochranou se rozumí hájení zájmů dítěte, ochrana práva dítěte na příznivý vývoj a řádnou výchovu, ochranou jeho jmění a snaha obnovit funkci narušené funkce rodiny. Předním hlediskem je blaho dítěte. Poskytování sociálněprávní ochrany je prováděno zdarma.

Sociálně-právní ochrana je určena dětem:

- s trvalým pobytem na území ČR
- cizinci s trvalým pobytem v ČR
- podalo žádost o udělení mezinárodní ochrany na území České republiky nebo pobývá s rodičem, který o něj požádal.

Orgány SPOD:

- krajské úřady (České Budějovice, Brno, Plzeň, Liberec, magistrát hl. města Prahy...)
- obecní úřady obcí s rozšířenou působností - III. stupeň (ČB, Tábor, Strakonice...)
- obecní úřady
- ministerstvo práce a sociálních věcí
- úřad pro mezinárodně právní ochranu dětí v Brně

OSPOD dále zajišťují:

- obce v samostatné působnosti
- kraje v samostatné působnosti
- komise pro sociálně-právní ochranu dětí (úkolem je například koordinovat výkon SPOD na území správního obvodu obce s rozšířenou působností, navrhopvat a posuzovat sociálně preventivní programy na ochranu dětí, či posuzovat jednotlivé případy provádění sociálně právní ochrany dětí a vydávat k nim stanoviska)
- další právnické a fyzické osoby, jsou-li výkonem sociálně-právní ochrany pověřeny

Cílová skupina SPOD:

- děti, kterým zemřeli rodiče
- děti, jejichž rodiče neplní povinnosti plynoucí z rodičovské zodpovědnosti
- děti, jejichž rodiče nevykonávají nebo zneužívají práva plynoucí z rodičovské zodpovědnosti
- děti, které byly svěřeny do výchovy jiné fyzické osoby než rodiče, pokud tato osoba neplní povinnosti plynoucí ze svěřeni dítěte do její výchovy
- děti, které vedou zahálčivý nebo nemravný život spočívající zejména v tom, že zanedbávají školní docházku, nepracují, i když nemají dostatečný zdroj obživy, požívají alkohol nebo návykové látky, živí se prostitucí, spáchaly trestný čin nebo, jde-li o děti mladší než patnáct let, spáchaly čin, který by jinak byl trestným činem, opakovaně nebo soustavně páchají přestupky, nebo jinak ohrožují občanské soužití
- děti, které se opakovaně dopouští útěků od rodičů nebo jiných fyzických nebo právnických osob odpovědných za výchovu dítěte
- děti, na kterých byl spáchán trestný čin ohrožující život, zdraví, svobodu, jejich lidskou důstojnost, mravní vývoj nebo jmění, nebo je podezření ze spáchání takového činu
- děti, které jsou na základě žádostí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte opakovaně umístovány do zařízení zajišťujících nepřetržitou péči o děti nebo jejich umístění v takových zařízeních trvá déle než 6 měsíců
- děti, které jsou ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami
- děti, které jsou žadateli o azyl odloučenými od svých rodičů, popřípadě jiných osob odpovědných za jejich výchovu

Každý může upozornit na závadné chování dětí jejich rodiče. Také může upozornit orgán sociálně-právní ochrany na závadné chování dětí nebo rodičů.

Dítě má právo požádat orgány sociálně-právní ochrany, zařízení sociálně-právní ochrany, státní orgány, pověřené osoby, školy, školská zařízení a poskytovatele zdravotních služeb o pomoc při ochraně svého života a dalších svých práv. A ti jsou povinny poskytnout dítěti odpovídající pomoc. Dítě má právo požádat o pomoc i bez vědomí rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte.

Může-li dítě formulovat své vlastní názory, má právo pro účely sociálně-právní ochrany tyto názory svobodně vyjadřovat při projednávání všech záležitostí, které se ho dotýkají, a to i bez přítomnosti rodičů nebo jiných osob odpovědných za výchovu dítěte. Tomuto vyjádření se při projednávání záležitostí týkajících se jeho osoby věnuje pozornost odpovídající jeho věku a rozumové vyspělosti. Orgán sociálně-právní ochrany bere v úvahu přání a pocity dítěte s přihlédnutím k jeho věku a vývoji tak, aby nedošlo k ohrožení nebo narušení jeho citového a psychického vývoje.

Rodič nebo jiná osoba odpovědná za výchovu dítěte má právo při výkonu svých práv a povinností požádat o pomoc orgán sociálně-právní ochrany. Tyto orgány jsou povinny pomoci

1.10 Specializovaná etopedická pracoviště

Legislativní úpravy, které se tomuto tématu věnují, jsou **Zákon č. 109/2002 Sb.** o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních (poslední novelizace zákon č. 333/2012). **Vyhláška č. 334/2003 Sb.**, upravující podrobnosti výkonu ústavní a ochranné výchovy ve školských zařízeních. **Zákon o sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb.**

Školskými zařízeními jsou dětské domovy, dětské domovy se školou, výchovné ústavy, diagnostické ústavy jsou školským zařízením provádějícím diagnostické úkoly výkonu ústavní či ochranné výchovy a předběžného opatření

Ústavní výchova je výchovné opatření nařizované soudem, končí dovršením 18 let věku (výjimečně prodloužení do 19 let při dokončování profesní přípravy nebo u složitějších okolností), nemá trestní charakter, vykonává se ve školských zařízeních (i v zařízeních jiného resortu, např. MPSV). Před nařízením ústavní výchovy je soud povinen zkoumat, zda výchovu dítěte nelze zajistit náhradní rodinnou péčí (má přednost před ústavní výchovou), pominou-li důvody pro nařízení ústavní výchovy nebo lze-li dítěti zajistit náhradní rodinnou péči, soud ústavní výchovu zruší.

Ochranná výchova je ochranné opatření ukládané soudem, obvykle mládeži starší 15 let. Nemá trestní charakter a nezaznamenává se do trestního rejstříku, důvodem jsou výrazné negativní způsoby jednání, výrazná antisociální dimenze projevů, činy, které by u dospělého byly kvalifikovány jako trestné.

Předběžné opatření je vydáváno soudem v případech nebezpečí z prodlení či při řešení nenadálé, akutní situace jedince – ocitne-li se bez jakékoliv péče, je-li ohrožen život či je vážně ohrožen či narušen jeho vývoj, provádí orgán sociálně právní ochrany dětí, je krátkodobé, následně soudem dořešeno (může být zrušeno či soud nařídí ústavní výchovu).

Uvedená školská zařízení poskytují péči dětem s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou a dětem s nařízeným předběžným opatřením. Do zařízení jsou umísťovány děti s mentálním, tělesným, smyslovým postižením, cizinci, nejdéle však do 26 let věku. Zařízení dětem poskytují plné přímé zaopatření (stravování, ubytování, ošacení; učební pomůcky a potřeby; úhrada nákladů na vzdělávání; kapesné, osobní dary,...).

Základní organizační jednotkou je:

- Rodinná skupina (v dětském domově a v dětském domově se školou)
- Výchovná skupina (v diagnostickém ústavu a ve výchovném ústavu)

Pozn.: Sourozenci se zařazují do jedné rodinné skupiny (výjimečně i odděleně, především z výchovných, vzdělávacích či zdravotních důvodů).

Diagnostický ústav „... umísťuje dítě do dětského domova nebo dětského domova se školou na základě osobní dokumentace dítěte a bez jeho předchozího pobytu v diagnostickém ústavu a) v případě dítěte mladšího 6 let, b) v případě dítěte, které bylo v péči kojeneckého ústavu nebo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, c) v případě dítěte bez poruch chování, d) v případě dítěte s ukončenou diagnostikou, vypracovanou střediskem, nebo e) v jiném odůvodněném případě. Ukáže-li se dodatečně potřebné komplexní vyšetření, provede jej diagnostický ústav v zařízení, kam dítě umístil.“ (z. č. 333/2012 §5 odst. 8) Pobyt dítěte zde trvá maximálně 8 týdnů. Dítě se umísťuje co nejbližší bydlišti osob odpovědných za výchovu nebo zákonných zástupců. Přemístit dítě do jiného školského zařízení může jen diagnostický ústav. Poskytuje péči i dětem zadrženým na útěku z jiných zařízení (2 dny). Dříve měl označení dětský diagnostický ústav (pro děti s neukončenou povinnou školní docházkou) a diagnostický ústav pro mládež (dětí s ukončenou povinnou školní docházkou).

V Dětském domově jsou umísťovány děti s nařízenou ústavní výchovou, které nemají

závažné poruchy chování. Děti se vzdělávají ve školách, které nejsou součástí dětského domova.

V Dětském domově se školou jsou umístováni děti od 6 let do ukončení povinné školní docházky, se závažnými poruchami chování.

Výchovný ústav je pro děti starší 15 let se závažnými poruchami chování. Jedná se o nekoedukované zařízení (pouze dívčí či chlapecké).

Středisko výchovné péče je preventivní zařízení, kde se nařizuje předběžné opatření. Jedná se o poskytování speciálně pedagogických a psychologických služeb dětem s rizikem poruch chování nebo již s rozvinutými projevy poruch chování. Středisko se člení na oddělení- ambulantní, celodenní a internátní. Pobyt ve středisku je dobrovolný.

Pracovníci v zařízení nebo ve středisku musí splňovat podmínky stanovené zákonem č. 563/2004 Sb. (o pedagogických pracovnících) a dále musí splňovat podmínku psychické způsobilosti. Psychologický posudek je platný 7 let ode dne vydání.

V současné době probíhá transformace systému ústavní výchovy. Hlavním cílem je snížit počet dětí umístěných dlouhodobě v zařízeních ústavní péče, a to za předpokladu posílení prevence. Transformace je postupným procesem. Modernímu trendu předcházelo to, že ČR byla v roce 2003 kritizována Výborem pro práva dítěte OSN. Zejména za chybějící individuální přístup, omezování kontaktů dětí s původní rodinou a také za nedostatečnou pomoc dětem při opouštění ústavního zařízení. Současný systém péče o ohrožené děti je nevyhovující a má tyto *základní nedostatky*:

- roztříštěnost a nekoordinovanost systému
- nekoordinovanost systému služeb pro ohrožené děti a rodiny
- nedostatečnost sítě náhradních rodin
- vysoký počet dětí v ústavní péči a jejich nedostatečná podpora při osamostatňování

2 Sebepoškození

2.1 Záměrné sebepoškození

Na začátku kapitoly bychom si nejprve měli upřesnit základní rozdíly mezi sebepoškozujícím chováním a suicidálním jednáním. Blíže se tomuto tématu budeme věnovat v pozdější kapitole. Mnoho zdrojů uvádí, že mezi těmito dvěma je určitá souvislost, někteří tvrdí, že ne. Z tohoto může patrně pocházet i neustálý rozpor ohledně jednotné terminologie. Sebepoškození se ve světě objevuje už od 19. století, kdy jsou o něm vedeny záznamy, největší pozornost mu je však věnována posledních 15 let. Objevují se termíny jako parasuicidium, sebevražedný pokus nebo autoagresivní aktivity, při kterých není prioritním motivem zemřít, je to pouze průvodní jev. Nejednoznačným termínem bývá označována i svévolná sebeotrava.

Koutek a Kocourková (2007) uvádějí, že sebepoškozující chování je spojeno se záměrným, vědomým a velmi často opakovaným jednáním, které má za následek poškodit sebe sama, ale již bez zjevné suicidální motivace. Suicidální chování se může u některých těchto jedinců projevit později, protože často trpí depresemi, pocity beznaděje, bezvýchodné situace anebo pouze přeženou své autodestruktivní jednání. Suicidální chování můžeme rozdělit na *suicidální pokus*, což je akt ohrožující život konatele, ale bez letálního konce. V neposlední řadě to je *dokonané suicidium*, kde už název napovídá, že se jedná o akt s následkem smrti, ovšem způsoben sebou samým.

Sebepoškození je především fyzický akt, ve kterém nejde o suicidální pokus, ale je zde míněno cílené, záměrné a fyzicky násilné chování k sobě samému (Kriegelová, 2008).

„Sebepoškozením se v psychiatrii označuje komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky, jehož cílem není smrt, a které lze naopak nejlépe chápat jako maladaptivní odpověď na jinak nezvládnutelný akutní a chronický stres.“ (Platznerová, 2009, s. 11).

Mezi nejčastější příčiny sebepoškozujícího chování se řadí biologické faktory, psychosociální faktory, kam samozřejmě spadá výchova a psychotraumata v dětství, a schopnost zvládání zátěže.

Definice dle WHO definuje sebepoškození jako *„...akt bez fatálních následků, při němž osoba vyvíjí dobrovolně nehabituelní činnost, bez zásahu jiných způsobí poranění sama sobě nebo dobrovolně požije látku v dávce vyšší, než je dávka předepsaná nebo obecně považována za terapeuticky účinnou, a jehož cílem je dosáhnout pro subjekt žádoucích změn*

cestou okamžitých nebo předpokládaných tělesných následků.“ (Platznerová, 2009, s. 11).

Eberlyová naopak uvádí, že sebepoškozujícím jednáním se míní společensky neakceptovatelné jednání, které má za následek poškození na vlastním těle, bez suicidálního záměru a organické psychiatrické příčiny (Eberly in Platznerová, 2009).

Starší definice Favazziho říká, že se jedná o širokou škálu aktivit, které mají za následek sebepoškozování sebe samého z důvodů, které nejsou společností akceptovány ani tolerovány (Favazza in Platznerová, 2009).

Dle Kriegelové (2008) se sebepoškozujícím jednáním rozumí určitá copingová strategie, díky které se jedinec vyrovnává s určitým typem zátěže. Nejčastěji se jedná o sebetrávení, sebebálení či sebetlučení, ale málo kdo si už uvědomuje, že se může jednat i o poruchy příjmu potravy, jako jsou bulimie, mentální anorexie či nadměrné přejídání. Sebepoškozováním se může myslet i popíjení alkoholu, kterým jedinec každý večer zahání samotu. Zmiňuje, že se jedinci sebepoškozují v jakémkoliv věku, ale nejčastěji k tomu dochází v období dospívání, kdy jedinec není ještě natolik vyspělý (po citové a psychické stránce), aby se dokázal vypořádat s těžkou zátěží jiným způsobem, který například využívají starší zkušenější lidé.

Léčba sebepoškozujícího jednání je spíše založena na snaze redukovat touhu po ubližování si, naučit se lépe zvládat stres a zátěž a hlavně jde o prevenci sebevražedného jednání. Neexistuje přesně daný lék, kterým by se dalo „vyléčit“ toto chování, ale když už se přistoupí k určité farmakoterapii, jedná se zejména o tyto léky: atypická antipsychotika, lithium nebo antikonvulziva.

Obecně mezi nejčastější sebepoškozující metody patří řezání, pálení kůže a bušení hlavou. Dalšími formami mohou být škrábání, píchání, odlupování strupů z hojících se ran, značkování rozpáleným kovem, kousání, údery, nárazy, dloubání, tahání kůže a vlasů či ochlupení.

Základním rozdělením sebepoškozujícího chování je dle Platznerové (2009) závažná automutilace (bývá nejméně častá a jedná se například o extrémní typu amputace končetiny anebo kastraci), stereotypní automutilace (například bouchání hlavou do zdi, kousání, stlačování očních bulv) a povrchová nebo mírná automutilace (která bývá nejčastější).

Povrchovou automutilaci lze rozdělit ještě na kompulzivní a impulzivní. Kompulzivní má blíže ke kompulzivně obsedantní poruše a patří sem např. dloubání do kůže. Impulzivní rozdělujeme na epizodické a repetitivní, jedná se o impulzivní akty, kdy epizodické jsou akty bez předchozího promyšlení si aktu a mezi repetitivní můžeme řadit poškozování

ostrými předměty, poruchy příjmu potravy aj.

Kriegelová (2008) rozděluje sebepoškozující chování do dvou hlavních skupin. Patří sem sebezraňování, což představuje akt pořezání, poškrábání, popálení aj. Druhou skupinou je sebetrávení, což je všeobecně vzato předávkování se.

V některých kulturách mohou být za sebepoškozující jednání považovány i například piercingy a tetování (Malá, 2007).

Incidence sebepoškozujícího chování za poslední léta stoupá. Výzkum výskytu sebepoškozujícího chování je velmi těžké provést, proto se provádí hlavně na pacientech, kteří jsou či byli v klinické péči pro jiné poruchy. Nejvyšší procento se vyskytuje v kategorii adolescentů a mladých dospělých, častěji se sebepoškozují ženy než muži (rozdíl se pohybuje okolo 1% tázaných, kdy se cca 2% tázaných mužů sebepoškozují a u žen to jsou 3%).

2.2 Etiologie

Vysvětlení sebepoškozujícího chování je velmi obtížné. Samozřejmě má svůj základ, jak už bylo zmíněno v předchozí kapitole, v biologických faktorech, psychosociálních faktorech, kam samozřejmě spadá výchova a psychotraumata v dětství, a ve schopnosti zvládání zátěže. Zjistit ale pravou příčinu tohoto chování je i v dnešní době obtížné. Doposud je známo několik teorií, ve kterých se mnozí autoři shodují.

Malá (2007) zmiňuje dvě teorie a to deprivacní a neurobiologickou teorii. Hlavní roli v deprivacní teorii hraje sociální izolace, jež byla zkoumána na zvířatech a vede následně ke změně hladiny neurotransmiterů, tedy změně nálad, a má za následek deprese.

Neurobiologická teorie popisuje následky snížené hladiny serotoninových, opiátových a dopaminových neurotransmiterů. Důležitou roli zde hraje dopaminergní systém a aktivace mozkových struktur, které vyvolávají emoční a motivační odpovědi na bolest. Patří sem tegmentum, mozková kůra a thalamus.

Serotonin se podílí na vzniku nálad a jeho nedostatek může mít za následek deprese. Dopamin je prekurzorem adrenalinu a noradrenalinu, hraje svou úlohu v mechanismech strachu, odměny, potěšení a závislosti. Opiátové neurotransmitery jsou odpovědné za pocity euforie a pohody, mají velmi úzký vztah k bolesti. Z opiátových neurotransmiterů vycházejí dvě hypotézy a těmi jsou vznik závislosti a změny ve vnímání bolesti.

Vznik závislosti „...předpokládá, že primárně existuje v podstatě normální aktivita opiátového systému, který je však trvale nadměrně stimulován opakovaným sebepoškozováním. Vyvine se tolerance k účinku uvolněných endogenních opioidů, což vede

k cyklicky se objevujícím abstinenčním příznakům, které jsou pak podnětem k dalšímu sebepoškozování.“ (Malá, 2007, s. 17).

Změněné vnímání bolesti „...konstituční abnormitou endogenního opiátového systému se projeví sníženým vnímáním bolesti. Chování je vyvoláno dysfunkcí limbických struktur, zahrnujících jak kognitivní, tak emoční procesy bolesti. Poruchu vnímání bolesti signalizuje porucha sebeuvědomění, poruchu integrace vnitřních (biologických) a zevních (environmentálních) faktorů.“ (Malá, 2007, s. 17). Dle této poslední hypotézy se jedinec, který se sebepoškozuje, snaží tímto jednáním prolomit nepříjemné pocity z tohoto jednání.

Za další podstatné považuje autorka aktivaci endorfinů, čímž se navozuje pocit euforie a analgezie, tzv. pocit „bez bolesti“.

Existuje těsný vztah mezi poklesem aktivity serotoninergního systému a impulzivitou, agresivitou a suicidálním jednáním. Nižší aktivita serotoninergního systému může být dědičná.

Velmi důležité je zde zmínit taktéž kyselinu indolovou, která je pokládána za velmi rizikový biologický faktor. Výzkumy bylo zjištěno, že ti jedinci, kteří měli již v anamnéze sebepoškozující chování, měli sníženou hladinu této kyseliny. Ta má za následek ovlivňování neurosvalových jednotek, tzv. zvýšení prahu bolesti. Ale také je spojena s impulzivitou, hněvem a úzkostí.

Za zmínku stojí i funkce amygdaly. Jedná se o tzv. vrátka limbického systému, která určují, jaké ohrožující podněty nechá projít a jaké ne. Stimulací této amygdaly může docházet k redukci agrese na biologický fenomén.

Při záměrném sebepoškozování lze na EEG vyšetření spatřit zvýšenou aktivitu theta. Tato theta aktivita se nejčastěji objevuje při hypnóze, spánku, ale také při požití alkoholu či návykových drog. Je spojena s naší kreativitou, vizualizací myšlenek a tvarů (Malá, 2007).

Platznerová (2009) souhlasí s předchozí autorkou na působení endorfinů, serotoninů a endogenních opiátů. Nicméně zmiňuje, že se většina autorů shoduje na tom, že sebepoškozování jedinců plyne z určité závislosti na tomto jednání.

Jedinci, kteří se sebepoškozují, se většinou projevují silnou úzkostí, neschopností zvládat zátěž, mají sklony vnitřně potlačovat emoce, rádi sami sebe kritizují a znehodnocují, mívají na sebe vztek, bývají hypersenzitivní na odmítnutí, mají sklony k vyhýbavosti, bývají depresivní, jsou velmi impulzivní. Vztek a úzkost bývají dlouhodobými osobnostními rysy jedinců.

„...jedinci, kteří se poškozují, nebývají schopni dostatečně regulovat své emoce a zdá

se, že mají biologicky danou dispozici k impulzivitě.“ (Platznerová, 2009, s. 38). Když se spojí tyto biologické dispozice, jako jsou vztek, úzkost, impulzivita a neschopnost regulovat své emoce, poté záleží už jen na náladě daného jedince a sebepoškozující chování může takto snadno propuknout.

Existuje zde i přímý vztah k dlouhodobým faktorům neboli traumatům, jako jsou například zneužívání, týrání, zanedbávání a citová deprivace v dětství, které mohou vyústit v adolescentním věku k sebepoškozujícímu chování. Ovšem toto zneužívání, zanedbávání či týrání se považuje pouze za nespecifický rys, protože u některých jedinců se tyto faktory neobjevily. Je více pravděpodobné, že jedinci, pocházející z dysfunkčních rodin, mnohdy nenacházeli důvěryhodný vzor, od kterého by se naučili adaptivní zvládání stresu. Mohli vyrůstat v rodině, kde se stres řešil nějakým druhem sebepoškozujícího jednání, a proto se v nich mohla přechovat utkvělá představa, že tak je to správně.

V 90. letech se začalo mluvit o tzv. alexitymii „*Na sebepoškozování se lze dívat jako na náhradu za verbální vyjádření emocí, akt, jehož cílem je nechat druhé prožít vlastní nesdělitelné pocity.*“ (Zlotnick in Platznerová, 2009, s. 42)

Millerová (in Platznerová, 2009) chápe sebepoškozování, se zmíněným traumatem, jako znovupřehrávání si tohoto traumatu. Také vysvětluje, proč je mezi sebepoškozujícími více žen nežli mužů. Muži jsou učeni vyjadřovat svou agresi navenek, kdežto ženy by měly být učeny svou agresi potlačovat.

Za etiologickými spouštěči, mohou být různorodé důvody, které mohou mít na vyvolávající podněty ale pouze částečný nebo žádný vliv. Sebepoškozující jedinci pociťují trýznivou duševní bolest, kterou raději vymění za fyzickou. To je vede k fyzickému poškozování sebe sama a navozují si tím krátkodobý pocit úlevy. Mezi funkce tohoto patologického chování patří stimulace (únik z asociativních situací), trest (sebetrestání), relaxace (tělesný prožitek bolesti), odklonění (docílit stavu podobného transu), společenské motivy (demonstrace), alterace (neatraktivnost pro sebe i druhé) (Platznerová, 2009).

Kriegelová (2008) rozděluje etiologii do tří skupin. První skupinou jsou dlouhodobé faktory, kam patří vztah pečující osoby, může se jednat přílišnou péčí anebo zanedbávající péčí. Například zanedbávání, zneužívání nebo týrání ze strany rodiny. Druhou skupinou jsou krátkodobé faktory. Jedná se o takové faktory, které jsou momentálními problémy. Například zdravotní, sociální, studijní a další. Třetí skupinou označuje autorka precizující faktory, což jsou stresující faktory, které se objevují pouze několik dní před samotným sebepoškozením.

2.3 Diagnostika

Dosud neexistuje žádná jednotná diagnostická kategorie pro sebepoškozující chování a ani nemá žádná diagnostická kritéria. Dle MKN 10. revize spadá záměrné sebepoškozování do kategorie „externí příčiny úmrtnosti“ a její podkategorií je „úmyslné sebepoškozování“. I když tato konkrétní revize nerozlišuje mezi sebepoškozováním a sebevražedným jednáním, v odborné literatuře je sebepoškozování chápáno jako ubližování vlastnímu tělu bez úmyslu zemřít.

Jedná se tedy spíše o specifický či nespecifický symptom, který je spojován s jinou hlavní poruchou. Nejčastěji to jsou hraniční typ emočně nestabilní osobnosti (F 60.31), posttraumatická stresová porucha (F 43.1) a poruchy kontroly impulzů v rámci jiných návykových a impulzivních poruch (F 63.8) (Kriegelová, 2008).

1) Hraniční typ emočně nestabilní osobnosti

Vyznačuje se především emoční nestabilitou, narušenou představou o sobě sama, nestálými mezilidskými vztahy, strachem z odmítnutí, pocitem prázdnoty a právě zmíněným sebepoškozujícím chováním. První výskyty jsou evidovány v 90. letech 20. století především v USA, kde byla prevalence cca 2- 10%. Hlavním důvodem výskytu této poruchy je především zneužívání a násilí. U této poruchy není potvrzena genetická predispozice. Více postiženy ženy, jelikož zneužívání žen v raném dětství je mnohem větší. Postiženými oblastmi u jedinců s touto poruchou jsou především porucha příjmu potravy, užívání návykových substancí, náladovost, zacházení s penězi, sexuální chování, mezilidské vztahy a interpersonální hranice. Mezi druhy sebepoškozování se objevují záměrné sebepoškozování, suicidální jednání, setrvávání v násilném vztahu a rizikové chování. Jedinec s touto poruchou se snaží upozornit na sebe a je zde snaha o manipulaci s druhými. Může se jednat i o sebeprotektivní metodu.

2) Posttraumatická stresová porucha

Dříve se objevovala u válečných veteránů a u těch, co přežili živelnou katastrofu. Nyní stačí jakákoliv traumatická událost například zanedbání rodičovské péče, sexuální zneužívání, znásilnění anebo fyzické násilí. Jde zde o opakované prožívání traumatu, například sny, noční můry, nepříjemné vzpomínky. Snaha vyhýbat se podnětům a činnostem, připomínajícím trauma. Jedinec s touto poruchou má problémy autobiografické paměti, poruchy spánku, je často podrážděný, má potíže s koncentrací, objevuje se hypervigilance a

úleková reaktivita. Výskyt těchto symptomů se objevuje nejpozději do 6 měsíců od traumatu. Sebepoškozující chování se zde objevuje z důvodu vlastní schopnosti přežít.

3) Porucha kontroly impulzů

Mnoho odborníků přisuzuje sebepoškozující chování právě k poruchám kontroly impulzů. Jedná se zde o neschopnost čelit impulzům, nutkání ublížit sobě nebo okolí, může se jednat a nemusí o vědomé jednání, jsou zde zvýšené tenze a arousal a především příjemný pocit z daného činu.

V rámci budoucí aktualizace klasifikačního systému je snaha o zavedení záměrného sebepoškozování jako samostatně diagnostikovatelné duševní poruchy. Zatím neexistuje žádný oficiální diagnostický nástroj, ale jedná se především o různé dotazníky a škály. Je to ovšem nevýhodné, jelikož mnoho faktorů může ovlivnit reliabilitu výpovědi a to ochota spolupracovat, motivace, upřímnost aj. (Kriegelová, 2008).

„Při stanovování diagnózy bychom měli provést: přesný popis sebepoškozujícího chování, detailní popis situačního kontextu, zjistit účelovost a popsat přidružené další psychopatické symptomy.“ (Malá, 2007, s. 11).

Platznerová (2009) také zmiňuje, že se jedná o příznak další poruchy. Zmiňuje zde, ale poruchy jako je hraniční porucha osobnosti, porucha se stereotypními pohyby a předstírané poruchy se snahou simulovat tělesnou nemoc. Sebepoškozující chování je součástí klinického obrazu společně s dalšími diagnózami. U repetitivně se poškozujících jedinců se objevují deprese, bipolární porucha, anorexie, bulimie, obsedantně- kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha, disociativní porucha, úzkostná porucha anebo panická porucha. Při analýze anamnézy a dalším psychiatrickém šetření by sebepoškozování určitě nemělo ujít pozornosti. Platznerová, naopak od Kriegelové, považuje dotazníky a škály za velice prospěšné, jelikož jsou v mnoha případech pro sebepoškozující se jedince mnohem příjemnější než verbální výpověď. Existují 3 typy dotazníků:

- ✓ **Diagnostika sebepoškozujícího chování**- anamnéza, frekvence, přiznání si tohoto činu, léčba a z toho stupeň suicida (riziko sebevraždy)
- ✓ **Funkční hodnocení automutilace**- zaměřeno hlavně na metody a jejich frekvenci
- ✓ **Diagnostika sebepoškozování**

Důležitým nástrojem diagnostiky je také dobře si prohlédnout dotazovaného, jelikož samotné sebepoškozování je viditelné. Lze si všimnout řezných ran a popálenin na

nedominantní horní končetině. Také i nevhodné oblečení pro dané roční období (např. v létě dlouhé rukávy či nohavice). Platznerová (2009) uvádí *další poruchy*, které doprovází sebepoškozování:

- 1) **Porucha příjmu potravy**- prevalence 25- 45%, rozdíly u mentální anorexie a bulimie nejsou příliš významné, většinou postiženy ženy
- 2) **Obsedantně- kompulzivní porucha**- jedná se o nutkavý rituál, snaha o odvrácení negativního zážitku

2.4 Terminologická nejednotnost

Sebepoškozující chování lze chápat jako mnohočetnou skupinu aktů za pomoci různých nástrojů poškozující tělo jedince z mnoha různých důvodů. Stále však neexistuje sjednocený termín pro sebepoškozující chování. Malá (2007) zmiňuje pojem mutilace, které se vyskytují „...též u různých organických poruch s defektním nebo odchýlným vývojem CNS jako jsou mentální retardace, demence, chromozomální aberace, degenerace, demyelinizace a pervazivní poruchy.“

V anglicky psané literatuře se setkáme s *termíny*:

- **„SELF MUTILATION**
 - Kulturně akceptovatelné (piercing, tetování)
 - Deviantní
 - Závažné sebepoškozování (oční enukleace)
 - Stereotypní sebepoškozování (opakující se- bouchání hlavou)
 - Mírné sebepoškozování (řezání, pálení kůže)
- **SELF- INJURIOUS BEHAVIOR**
 - Stereotypní
 - Závažné
 - Kompulzivní (opakující se)- škrábání kůže
 - Impulzivní“ (Favazza in Krieglová, 2008, s. 23)
- **„SELF DESTRUCTIVE BEHAVIOR**- trauma v dětství, zanedbávání rodičovské péče“ (Bessel A. van der Kolk in Krieglová, 2008, s. 24)

- **„SELF- HARM**
 - *Suicidální jednání*
 - *Předávkování*
 - *Sebetrávení*
- **SELF- MUTILATED- BEHAVIOR-** *záměrné sebepoškozování bez přímého cíle zemřít*
- **SELF INJURY**
 - *Nejnovější, 3 stupně*
 - *Fyzické poškození*
 - *Psychický stav*
 - *Míra sociální akceptace*
 - *4 třídy, od piercingu po autokastraci“ (Walsh a Rosen in Kriegelová, 2008, s. 24)*
- **DELIBERATE- SELF- HARM**
 - *je nejdiskutovanější, má největší souvislost se suicidálním jednáním, nejčastější výskyt v dětství a adolescenci*
 - *sebeřezání, předávkování, pálení, vběhnutí pod auto,...(MKN 10 in Kriegelová, 2008)*
- **„DELIBERATE- SELF- HARM**
 - *Sebetrávení*
 - *Předávkování*
 - *Sebezraňování“ (Tautam a Whittakerová in Kriegelová, 2008, s. 26)*

Jako velmi zajímavé stojí zmínit, že Suttonová zahrnuje mezi záměrné sebepoškozování mimo jiné i prostituci či promiskuitu.

- **„SELF- DESTRUCTIVE BEHAVIOR=** *sebepoškozující chování*
 - *Automutilace*
 - *Sebepoškozující a rizikové chování*
 - *Záměrné sebepoškozování*
 - *Suicidální jednání“ (Sutton a Duffy in Kriegelová, 2008, s. 30)*

V česky psané literatuře se setkáváme s *označeními*:

- „*Automutilace*
- *Sebepoškozování*
- *Syndrom záměrného sebepoškozování*
- *Syndrom pořezávaného zápěstí*
- *Předávkování léky*“ (Koutek a Kocourková in Kriegelová, 2008, s. 28)

2.5 Genderové a věkové zvláštnosti

Nelze kategoricky vymezit, zdali mezi sebepoškozující patří více ženy či muži, kdy začíná a kdy ustupuje toto chování a jaká je obecná prevalence sebepoškozujícího chování. Co se týče prve zmíněných generových zvláštností, někteří autoři se domnívají (například Pattison), že je to rovnoměrně rozloženo, tedy přibližně stejný počet mužů i žen. Další autoři ovšem zmiňují, že by se mohlo jednat více o mužské pohlaví a jiní, že více to ženské. Ti autoři, kteří zastávají názor, že více se sebepoškozují ženy, argumentují, že ženy své problémy a pocity potlačují, nedávají jim průchod, a poté obracejí jednání proti sobě, kdežto muži své pocity spíše externalizují. Ženy volí oproti mužům mírnější formu sebepoškozování, například poranění kůže, alkohol, návykové látky. Pokud se sebepoškozují muži, končí to ve většině případů fatálně a je nutné lékařského zásahu.

Výzkumy jsou ovšem velmi závislé na míře závažnosti sebepoškození, které následně vyžaduje lékařské ošetření, tato skutečnost se stává výzkumným vzorkem. Proto se výzkumy rozcházejí a v některých zemích se více poškozují ženy a v některých více muži (Kriegelová, 2008).

Platznerová (2009) oproti Kriegelové zmiňuje, že u žen toto období sebepoškozování bývá mírnou formou, ale za to se jedná o delší období. U mužů je to velmi krátké období, ale za to má fatálnější následky (např. autokastrace). Větší riziko sebepoškozování nastává v období adolescence a mladší dospělosti, ve věkovém rozmezí cca 15- 35 let.

„Sebepoškozování může trvat týdny, měsíce nebo roky. ...je praktikováno v určitých obdobích, pak vymizí a po přestávce se opět objevuje. Bylo by však nesprávné domnívat se, že sebepoškozování je prchavý fenomén, typický pouze pro adolescenci.“ (Platznerová, 2009, s. 30). *„Sebepoškozování se včasným vznikem začíná běžně ve věku 7 let, může však začít i dříve. Typičtěji však sebepoškozující praktiky začínají používat mladiství ve věku od 12 do 15 let.“* (Yates in Platznerová, 2009, s. 29).

Ačkoliv se zjištěná data pohybují okolo adolescence, tak je zjištěno asi 5% případů

sebepoškozujících se jedinců nad 65 let. Výzkumy potvrzují, že se jedná spíše o jedince bílé rasy.

Sebepoškozující chování může začít v jakémkoliv věku, ač nejčastější frekvenci lze zaznamenat v období adolescence. Míří k 20 letům a většinou okolo 30- 40 let vymizí. „*Častá neschopnost adekvátně regulovat silné emoce je jedním z obecně uznávaných faktorů vzniku záměrného sebepoškozování v období adolescence.*“ (Walsh, Rosen in Kriegelová, 2008, s. 49). Prvotní výzkumy poukazují na věk 14 let, ty pozdější zmiňují 13 let. „*Jedinci hledají odpovědi na existenciální otázky, časté je potom kolísání sebedůvěry a pocity vnitřního zmatku. Vše navíc bývá doprovázeno silnými a nečekanými emocemi, které je mnohdy těžké úspěšně kontrolovat.*“ (Kriegelová, 2008, s. 49). Dnešní výzkumy dokazují, že takovéto jednání může mít počátek v jakémkoliv věku. Je důležité vzít v potaz, že každý jedinec je vybaven určitými povahovými rysy, jakož i tolerancí vůči stresu či zvládání jiných negativních situací (maladaptivní chování). Nejnovější výzkumy poukazují i na věk 6 let (Arnoldová) a Suttonová zmiňuje i věk 5 let, což je samozřejmě následkem zanedbávání rodičovské péče či fyzického a sexuálního násilí (Kriegelová, 2008). Suttonová uvádí výzkumy, kde jedinci, kteří se sebepoškozovali do 12 let věku, měli fatálnější následky v adolescentním období. Větší riziko se pohybuje i u jedinců, kteří vykazují delikventní chování.

Malá (2007) uvádí u dívek věk 12 let a u chlapců věk 15 let, jako start sebepoškozujícího chování a přitom 50% z těchto jedinců vnímá minimálně či žádnou bolest při provedeném aktu.

2.6 Nejčastější metody a nástroje

U sebepoškozujícího chování jde o vlastní integritu těla, opakuje se a je impulzivní. Pokud se akt nevykoná, nastávají tenze. Při vykonání nastává pocit úlevy. Patří sem sebezranění, jako je řezání či pálení kůže, vytrhávání vlasů a ochlupení nebo rytmické údery (kopání, úhozy, bouchání hlavou o zeď). U malých dětí to pak je tzv. „pica“, což je konzumace nejedlých věcí, jako je například pasta, písek a další (Malá, 2007).

Mezi metody sebepoškozujícího chování patří tzv. kulturně akceptovatelné, které můžeme rozdělit na rituály a praktiky. Rituály odrážejí určité tradice dané komunity.

Praktiky nemají hlubší význam, spíše se jedná o módní trend. Další metody můžeme rozdělit dle závažnosti:

- a) **„Závažná automutilace-** kastrace, amputace
- b) **Stereotypní automutilace-** kousání, bušení
- c) **Povrchová automutilace**
 - I. *Kompulzivní- dloubání kůže*
 - II. *Impulzivní*
 - a. *Epizodické- promyšlené, emoční spouštěč*
 - b. *Repetitivní- bez promyšlení, impulzivní*
- d) **Mírná automutilace“** (Platznerová, 2009, s. 18)

Jako další obecné metody sebepoškozování uvádí Platznerová (2009) řezání žiletkou nebo střepem, pálení kůže a bušení hlavou. Tyto zmíněné metody jsou považovány za nejčastější. Dále zmiňuje škrábání, píchání jehlou, rozrušování hojících se ran, značkování rozpáleným kovem nebo značkovací pistolí, obrušování popálené kůže, kousání, údery, nárazy, dloubání, tahání kůže a vlasů/ ochlupení.

Kriegelová (2008) popisuje metody a nástroje jako velmi rozmanité a záleží pouze na fantazii jedince. Metody rozděluje na sebezraňování a sebetrávení. Sebezraňování je frekventovanější, protože na rozdíl od sebetrávení není potřeba častého lékařského zásahu. Ovšem tak jako vše, i tyto údaje mohou být zkreslené. Jako metody uvádí tyto:

- a) *„Sebeřezání, vyřezávání nápisů a symbolů*
- b) *Pálení si kůže žhavými předměty či chemickými žíravými roztoky*
- c) *Sebeopanování*
- d) *Škrábání se, dření a řezání kůže, odstraňování si vrchní vrstvy kůže za účelem vytvoření hlubší rány*
- e) *Sebekousání, kousání do vnitřních tkání úst*
- f) *Vytváření ran a jejich znovudrásání*
- g) *Propichování kůže*
- h) *Vytrhávání vlasů, obočí, řas a ochlupení*
- i) *Silné sebetlučení za účelem vytvořit si modřiny, podlitiny a zlomeniny*
- j) *Svazování si krku, rukou, nohou za účelem zabránění průtoku krve*
- k) *Požítí malého množství toxické látky nebo předmětů za účelem diskomfortu a poškození bez záměru zemřít*

- 1) *Umísťování ostrých předmětů pod kůži nebo do tělesných otvorů*“ (Kriegelová, 2008, s. 61).

Předposlední metodu „požití malého množství toxické látky nebo předmětů za účelem diskomfortu a poškození bez záměru zemřít“ klasifikuje Malá (2007) jako metodu vnitřní.

Každá metoda je zastoupena nerovnoměrně, jsou zde genderové a věkové rozdíly. Podle výzkumu se zjistilo, že populace sebepoškozujících se jedinců *nejčastěji používá*:

1. Sebeřezání
2. Sebevápění
3. Sebetrávení
4. Propichování kůže

Muži nejvíce upřednostňují:

1. Sebetlučení
2. Propichování a škrábání kůže
3. Řezání se
4. Kousání se

Ženy nejvíce upřednostňují:

1. Řezání se
2. Propichování a škrábání kůže
3. Sebetlučení
4. Trhání vlasů

Nelze ale přesně určit metodu a nástroj sebepoškozování, objevuje se zde časté střídání metod, ale později se začne upřednostňovat pouze jedna. Dle výzkumu Aldermanové (in Kriegelová, 2008) začínají nejprve sebeřezání, poté vyzkouší sebetlučení či sebevápění a později si vyberou pouze jednu metodu.

Co se týče nástrojů, dá se využít téměř vše. U sebeřezání to jsou nejčastěji žiletky, sebevápění nejčastěji cigaretami a zapalovačem. U sebetrávení to jsou nejčastěji substance, jako jsou analgetika, antiflogistika, trankvilizery, hypnotika, sedativa či antidepressiva. Málo jedinců využije alkohol či volně prodejné substance (Kriegelová, 2008).

2.7 Emocionální klima v rodině a sociální prostředí jedince se sebepoškozujícím chováním

Sebepoškozující chování má vztah i k rodinným faktorům. Nejčastějším důsledkem sebepoškozujícího chování je trauma z negativní události, jako je fyzické a sexuální zneužívání či zanedbávání rodičovské péče v dětství. Obzvláště sexuální zneužití zvyšuje riziko sebepoškozujícího chování, ale bývá i faktorem vedoucí k dalším psychiatrickým problémům. Zneužívání členem rodiny vede k vysokému stupni disociace.

V mnoha případech v anamnéze nenalezneme žádný údaj o zneužívání. Na rozdíl od tohoto se ve většině případů v anamnéze objevuje pojem „invalidace“, která je definována jako „*Poškozující se osoby si přinášejí ze svých primárních dysfunkčních rodin přesvědčení, že mají nesprávné pocity, že některé pocity jsou zakázané.*“ (Platznerová, 2009, s. 40). Jedinci byli v dětství za vyjádření určitých pocitů a myšlenek závažně trestáni, docházelo ke kumulování pocitů a to mělo za následek jejich uvolnění, tedy sebepoškozování.

Je důležité si uvědomit, že rodina je primární skupinou, kde dochází k sociální interakci, učení se pravidlům, hodnotám a normám, maladaptivnímu chování a učení se zvládání stresových situací. Pokud je rodina dysfunkční a chybí tam některá z výše uvedených funkcí, může to vést k nesprávnému vývoji dítěte a následnému sebepoškozování. S invalidací se setkáváme všichni, za celý náš život. Nemusí být myšlena ve zlém. Rodiče invalidují například naše pocity v dobrém přesvědčení, ale zapomínají na volný průběh i těch negativních emocí. Young toto označuje za časná maladaptivní schémata, což jsou určité tělesné a emocionální vjemy z našeho dětství, které jsou velmi stabilní a v dospělosti se upevňují (Platznerová, 2009).

Ti, co se sebepoškozují, postrádají maladaptivní chování a taktéž schopnost řešení problémů v interpersonálních vztazích a neschopnost regulace negativních emočních situací, což je následkem dysfunkce rodiny, jako primární skupiny sociální interakce (Malá, 2007).

Existuje mnoho prokázaných faktorů, které mají za následek sebepoškozující chování. Mezi nimi jsou fyzické násilí, sexuální zneužívání, znásilnění, nedostatek péče od blízké osoby, ztráta blízké osoby, alkoholismus či jiné návykové látky u pečující osoby, týrání, rozvod rodičů, vlastní rozvod, depresivní či jiná psychiatrická porucha, nedostatek fyzického kontaktu s pečující osobou, dlouhodobá vlastní nezaměstnanost, pocit nevyslyšenosti okolí, zrada blízké osoby, nízká sebeúcta, sebehodnocení, sebevědomí a pocit vlastní neschopnosti (Kriegelová, 2008).

„Životní události mají jednoznačný vliv na projevy záměrného sebepoškozování, obzvláště byl-li jedinec v minulosti obětí násilného činu.“ (Hawton et al. In Kriegelová, 2008, s. 69). Každý z nás se objeví v těžké životní situaci.

Někteří jedinci jsou vybaveni schopností řešit problém či vyhledat někoho, kdo nám poradí. Ti ostatní nejsou schopni naskytlý problém řešit, a to vede k sebepoškozujícímu chování. *„...sebepoškozování může být následkem frustrace, vzniklé při diskrepanci rodinných pravidel a požadavků běžného života.“* (Hawton in Kriegelová, 2008, s. 69).

Rodiče těchto jedinců se potýkají s velkými problémy a neschopností pečovat o své děti, mají nízkou míru zodpovědnosti a respektu. Nezvládají vlastní emoce, plynoucí z těchto velkých problémů a často se potýkají s alkoholem. Starší děti musí nahrazovat roli rodiče mladším sourozencům či uspokojovat fyzické, emocionální a sexuální potřeby některého z rodičů. Fyzické a sexuální zneužívání patří mezi nejhorší stupeň narušení hranic dítěte. Rodiče nepřiměřeně trestají děti za jeho emocionální odezvy a vůbec netolerují, že tyto emoce a jejich projevy odpovídají věku dítěte.

Pro správný vývoj sebeúcty a sebevědomí dítěte je zapotřebí zainteresovanost ze strany rodičů. Pokud rodič dává najevo před dítětem, že ho nezajímají jeho pocity, úspěchy a neúspěchy, nelze se divit, že se z těchto dětí stanou jedinci se sebepoškozujícím chováním.

Opačný případ patří taktéž k extrémům. Pokud se rodič snaží mít, různými způsoby, kontrolu nad životem dítěte, také mu dává malý prostor pro emocionální vyjádření se. Dítě se stává uzavřené a stažené do sebe, což je dalším typickým rysem sebepoškozování se.

Dalším případem, který může vést k sebepoškozujícímu chování je, že rodič se sám nachází v tíživé životní situaci (např. nemoc v rodině, nezaměstnanost, alkohol,...) a kvůli tomuto se nevěnuje svému dítěti, chová se odmítavě až agresivně, což vede k frustraci dítěte.

„Emocionální klima v rodině poškozujících se jedinců je často nezdravé...existuje i mnoho případů záměrného sebepoškozování u dětí, které vyrostly ve zcela harmonických rodinných podmínkách“. (Hawton, Sutton in Kriegelová, 2008, s. 70).

2.8 Motivace

Motivace sebepoškozujícího chování se objevuje téměř v každé kapitole této práce, ale pro svou důležitost, je zapotřebí se jí věnovat v její vlastní kapitole.

Platznerová (2009) uvádí jako možnou motivaci fyzické násilí, sexuální zneužívání, zanedbávání rodičovské péče v raném dětství, nízký socioekonomický status, nízká stresová tolerance. Také zmiňuje jako důvod tzv. automedikaci, což znamená závislost na tomto jednání a přirovnává to k drogové závislosti. Pokud sebepoškozující se jedince ovšem tyto

dvě spojí a zároveň požije drogu a zároveň se sebepoškodí, dosáhne mnohem většího prožitku. Dále to může být důsledkem napodobujícího chování. U svých blízkých osob pozorovali, že tímto způsobem řešili svůj stres, trápení a problémy.

Motivaci sebepoškozujícího chování rozděluje na:

- a) „Stimulace- únik z asociativních prožitků*
 - b) Trest- sebetrestání, pocity viny*
 - c) Relaxace- snaha docílit pocitu uspokojení*
 - d) Odklonění- dosažení stavu transu, zamezení reakci na emoční spouštěč*
 - e) Poutání pozornosti- dosažení péče a ochrany*
 - f) Alterace- dosažení neatraktivnosti pro sebe a okolí*
 - g) Regulace afektu- nalezení ztracené rovnováhy*
 - h) Komunikace- vyjádření toho, co dotýčný nedokáže verbálně*
 - i) Kontrola, trest- znovupřehrávání traumatu, sebekontrola nad vlastním tělem“*
- (Platznerová, 2009, s. 46- 48).

Mezi další znaky motivace patří koketování se smrtí, volání o pomoc, manipulativní poselství pro okolí, psychotická motivace (automutilace), sexuální motivace (tzv. sadomasochismus), vyjádření tenze, vyjádření agrese, symbolická pomsta, regulace negativních emocí, úleva od napětí, zlosti, úzkosti a deprese, odpojení se od reality. Pocit úlevy při průniku krve na kůži, kde krev je vnímána jako matka, kterou každý jedinec v době nouze nejvíce potřebuje (Malá, 2007).

Je velmi důležité přihlédnout k rysům osobnosti jedince, k jeho regulačním a interpersonálním funkcím. Někteří jedinci svou motivaci k sebepoškozujícímu chování neznají. Kriegelová (2008) uvádí ukončení stavu disociace, uvolnění, získání kontroly, vrácení se do reality, snaha říci to, co slovy nelze, sebenenávist, zkusit něco nového, vzpomínky na traumatickou událost, ventilace zlosti a vzteku, uvolnění, proměnit psychickou bolest v bolest fyzickou, snaha být hospitalizován, nezájem okolí, diskriminace, snaha šokovat okolí, dosáhnout pozornosti od pečující osobnosti, závislost na tomto jednání, převzetí kontroly, závažný stres, očištění, pocit euforie, rebelie, řešení nespavosti, deprese, šikana, znásilnění, testování vlastních hranic a pocit vlastní viny.

Pro tuto kapitolu je příhodné zmínit i model „OSM C“:

- 1) *„Coping and crisis intervention (copingová strategie a krizová intervence)“*
- 2) *Calming and comforting (uklidnění a utěsnění)*
- 3) *Control (kontrola)*
- 4) *Cleansing (očistění)*
- 5) *Confirmation of existence (potvrzení existence)*
- 6) *Creating comfortable numbness (navození utěšujících pocitů otupělosti)*
- 7) *Chastisement (sebetrestání)*
- 8) *Communication (komunikace)“* (Sutton in Kriegelová, 2008, s. 105)

2.9 Léčba

Zatím neexistuje typ léčby, která by dokázala vyléčit takovéto chování. Nynější léčba umožňuje pouze redukci sebepoškozujícího chování a zabraňuje v přechodu ze sebepoškozujícího na sebevražedné. Není znám ani nejefektivnější či osvědčenější způsob léčby, na každého jedince zabírá něco jiného.

Platznerová (2009) považuje přínos účinné léčby především ve zlepšení sociálního fungování a kvality života, redukce touhy poškodit se. Aby léčba byla úspěšná, je nejdůležitější vytvořit terapeutický vztah, funkční analýzu, kognitivní restrukci a behaviorální intervenci.

Léčba sebepoškozujícího chování je v současnosti *rozdělena takto*:

1) **„Kognitivně a behaviorálně orientované směry psychoterapie**

- a. *Dialekticko behaviorální terapie*
- b. *Racionálně emotivní terapie*
- c. *Terapie zaměřená na řešení problému*
- d. *Integrativně kognitivní terapie*
- e. *Kognitivní terapie s použitím manuálu*
- f. *Terapie zaměřená na schémata*
- g. *Terapie syndromu opakování traumatu*
- h. *Interpersonální skupinová terapie*

2) **Dynamicky orientované směry psychoterapie**

- a. *Psychoterapie zaměřená na přenos“* (Platznerová, 2009, s. 82).

3) „Farmakoterapie

- a. *Opiátoví antagonisté*
- b. *Atypická antipsychotika a stabilizátory nálady*
- c. *Alfa- agonisté*
- d. *Antidepresiva*
- e. *Thymostabilizéry*
- f. *Antipsychotika“* (Platznerová, 2009, s. 103).

DIALEKTICKO BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE:

Zakladatelkou je Marsha Linehan, která vytvořila tuto terapii v roce 1991. Využívá myšlenky zendbudhismu a kognitivně behaviorální intervence. Postupy jsou zaměřené na řešení problémů a nácvik dovedností. Může být individuální i skupinová. Je zde velmi důležitá rovnováha mezi sebezpřijetím klienta a cestou ke změně. Využívá se hlavně u hraniční poruchy osobnosti. Zkoumá důvody, proč pro řešení problému nezvolil jiný, adekvátnější způsob. Jejím cíli jsou omezení rizikového suicidálního chování, omezení vzorců chování, které brání terapii, omezení vzorců chování, které brání žít kvalitní život, omezení posttraumatických stresových reakcí, zvýšení sebeúcty (Platznerová, 2009).

Kriegelová (2008) ji popisuje jako terapii, kde se odráží snaha o vypořádání se jedince s tíživou situací a nastolení rovnováhy. Užívají se zde prvky psychoedukace, dynamické intervence, kognitivních a behaviorálních technik. Jsou známy 4 moduly této terapie a to: individuální terapie, skupinová terapie, telefonická konzultace a supervizní konzultace pro terapeuta.

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE:

Jedná se o kombinaci kognitivní a behaviorální terapie. Behaviorální znamená učení s jak adaptivnímu, tak maladaptivním chování a kognitivní vybavení si naučených dovedností, a tím zvládání chování a emocí v zátěžových situacích. Snaží se o odstraňování příznaků pomocí ovlivňování myšlenek a přeučování vzorců chování. Je to metoda krátkodobá a je potřeba si zprvu utvořit terapeutický vztah a stanovit hlavní cíle terapie. Zastavuje se negativní myšlení, trénuje se asertivita a sociální dovednosti (Kriegelová, 2008).

KOGNITIVNÍ TERAPIE S POUŽITÍM MANUÁLU:

Zakladatelem byl v roce 1999 Evans. Navazuje na kognitivně behaviorální terapii (Platznerová, 2009).

LÉČBA KOMPLEXNÍ POSTTRAUMATICKÉ STRESOVÉ PORUCHY:

Zakladatelkou je Hermannová. Sebepoškozování je součástí posttraumatické stresové poruchy. *Má 3 stadia:*

- 1) *„Vybudování bezpečného prostředí- nehledá se diagnóza, ale negativní vzpomínka traumatu, klient pracuje na své tělesné i psychické stránce a poté se hledá síť blízkých osob, která vytvoří bezpečné prostředí*
- 2) *Vybavení si vzpomínek a truchlení- jde o přesnou rekonstrukci vzpomínek, ke kterým se vážou i určité emoce, když je rekonstrukce kompletní, musí i klient dát najevo své emoce, nestydět se za ně*
- 3) *Znovuzapojení do společnosti- klient si musí najít způsob, jak znovu žít, jak se mít rád, vytvořit si vlastní budoucnost, jak o sebe pečovat,...*“ (Platznerová, 2009, s. 90).

Nejprve se ovšem musí vytvořit vztah mezi terapeutem a klientem.

INTEGRATIVNĚ KOGNITIVNÍ TERAPIE:

Jedná se o alternativní přístup využívaný především u obsedantně-kompulzivní poruchy a mentální bulimie. Je zaměřena na regulaci emocí, kulturní faktory a interpersonální vztahy. Je totiž zřejmé, že temperament osobnosti a negativní zkušenosti na sebe vzájemně působí. Zvládnout toto zcela sám, vede u sebepoškozujících se jedinců ke špatné interpersonální a seberegulační funkci. Je to pouze individuální terapie, tzv. „tady a teď“. Mezi hlavní cíle této terapie patří motivace psychoedukace, normalizace copingových strategií, zaměření se na interpersonální a seberegulační mechanismy, prevence relapsu a management životního stylu (Kriegelová, 2008).

TERAPIE SYNDROMU OPAKOVÁNÍ TRAUMATU:

Sebepoškozování je vnímáno jako určitý druh přehrávání či opakování traumatu. Hlavním úkolem je odstranění vzorců chování a přesvědčení, způsobující tento syndrom. Kryje se s ostatními přístupy (Platznerová, 2009).

MULTIMEDIÁLNĚ KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ PŘÍSTUP:

Tento přístup popsali Walsh a Rosen v roce 1988. Jedná se o zapojení do terapie i blízkých osob, jako jsou rodina, přátelé, spolubydlíci a další. *Pět důležitých bodů terapie:*

- 1) *„Identifikace kognitivních schémat a odvozených přesvědčení (akt byl nutný, mé tělo je odporné, vyžaduje potrestání)*
- 2) *Změna vzorců myšlení (sebevědomí, sebeúcta)*
- 3) *Identifikace posilování (poškodím se, abych odradil okolí)*
- 4) *Změna posilování (alternativní způsoby regulace emocí)*
- 5) *Doplňující behaviorální intervence (např. nové sociální dovednosti)“* (Kriegelová, 2008, s. 144).

RACIONÁLNĚ EMOTIVNÍ TERAPIE:

Nejedná se primárně o přístup pro sebepoškozující chování, ale je využíván pro naučení se regulaci emocí, například vzteku. Vytvořil Ellis a dle něj myšlení ovládá emoce a ne naopak. Pokud se zprvu naučíme myslet jinak, můžeme být schopni kontrolovat své emoce (Platznerová, 2009).

„*Model A-B-C:*

- A- *Situace*
- B- *Přesvědčení*
- C- *Pocity a jednání*
- D- *Diskuze o přesvědčeních*
- E- *Realistické cíle*
- F- *Konstruktivní možnosti*
- G- *Realizace možností“* (Hafner in Platznerová, 2009, s. 92)

EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR):

Zpracovala Shapirová v letech 1989- 1991. Jedná se o neurobiologické zpracování informací. Je velmi účinná, pokud má sebepoškozující jedinec v anamnéze posttraumatickou poruchu. Využívanými metodami jsou psychodynamické techniky, kognitivně behaviorální, systematické a na tělo zaměřené terapie. Má 8 fází a to anamnézu, stabilizaci, hodnocení

traumatických událostí v minulosti, desensitizaci, zakotvení, tělový test, ukončení a reevaluace (Kriegelová, 2008).

NARATIVNÍ PŘÍSTUP DUSTY MILLEROVÉ:

Zakladatelkou je Dusty Millerová a tento přístup popsala v roce 1994. Terapie je zaměřená na vyprávění příběhů, kde se odhalují potíže a problémy. *Věnuje se 3 oblastem:*

- 1) **Vnější-** navázání vztahu s terapeutem, konstrukce plánu, kontraktu, udání pravidel, zjištění představ klienta, individuální terapie
- 2) **Prostřední-** individuální i skupinová terapie, učení se technikám zvládání zátěže, řešení problémů, nové vzorce chování, zmírnění sebepoškozování, pracuje se na interpersonálních vztazích
- 3) **Vnitřní-** jádro problému, již důvěrný a pevný vztah s terapeutem, klient by měl již zvládat regulaci emocí, již si osvojil nové techniky zvládání zátěže, měl by zvládnout odkrýt tajné traumatické vzpomínky, je zde ale riziko relapsu (Kriegelová, 2008).

INTERPERSONÁLNÍ SKUPINOVÁ TERAPIE:

Zakladatelkami tohoto přístupu byly v roce 1988 Marzialiová a Monroeová-Blumová. Je orientována spíše na poruchy osobnosti. Využívá psychodynamické a kognitivně behaviorální techniky na upevnění a udržení si aktuálních interpersonálních vztahů (Platznerová, 2009).

KOGNITIVNÍ TERAPIE CÍLENÁ NA SCHÉMATA:

Vychází z kognitivní terapie, ale větší pozornost zaměřuje na zážitky z raného dětství. Jsou zde určitá časná maladaptivní schémata, což jsou v podstatě vzorce chování na zvládání zátěže. Terapie je zaměřena na techniku hraní rolí, při čemž se aktivizuje emotivita. Toto pomáhá klientům odhalit pravý důvod problému (Platznerová, 2009).

PSYCHOTERAPIE ZAMĚŘENÁ NA PŘENOS:

Zaměřena především na hraniční poruchu osobnosti. Prováděna je individuálně, ale používá se i terapeutický manuál. Využívá behaviorální techniky. Cílem je vytvoření určitých struktur/ parametrů, na kterých se klient podílí (Platznerová, 2009).

Někteří autoři považují za moderní a účinné metody ještě hypnózu a relaxaci.

FARMAKOTERAPIE:

Na sebepoškozující chování má vliv erotogenní systém a endogenní opiátový systém. Odborníci využívají zejména antidepresiva a stabilizátory nálady k regulaci emocí a afektů. U poruch osobnosti jsou významná některá neuroleptika (risperidon, klozapin, olanzapin a karbamazepin) (Kriegelová, 2008).

1) „Opiátoví antagonisté

- I. Naloxon, naltrexon*
- II. Především u stereotypně sebepoškozujících se jedinců s mentální retardací či autismem*
- III. Snížení frekvence, protože se snižuje pocit úlevy při sebepoškozování“ (Malá, 2007, s 39).*

2) „Stabilizátory nálady

- I. Risperidon, klozapin, tapiramát*
- II. Redukce závažného sebepoškozování s hraniční poruchou osobnosti“ (Platznerová, 2009, s. 106).*

3) „Alfa agonisté

- I. Klonidin*
- II. Snížení nutkání sebepoškozujícího chování*
- III. U hraniční poruchy osobnosti“ (Platznerová, 2009, s. 106).*

4) „Antidepresiva

I. SSRI

- *Nízká toxicita a dobrá snášenlivost*
- *Dříve dobré pro děti i dospělé*
- *Fluoxetin, sertralin, citalopram*
- *Nyní důkazy pro zvýšenou depresi a suicidálních myšlenek*

II. SNRI

- *Venlafaxin*
- *U hraniční poruchy osobnosti*
- *Dokázána snížená frekvence sebepoškozujícího chování*
- *U léčby deprese ale taky žádný účinek“ (Malá, 2007, s 36-37).*

5) „Thymostabilizéry

- I. Lithium- snižuje agresivitu, impulzivitu a afektivní výbuchy*
- II. Karbamazepin- u hraniční poruchy osobnosti, snižuje dráždivost, agresivní chování, zlepšuje náladu*
- III. Valproát- snášitelnější, než karbamazepin*
- IV. Lamotrigin- zatím nevyzkoušen na větším vzorku“ (Malá, 2007, s. 37).*

6) „Anxiolytika

- I. Skupina benzodiazepinů, riziko v kontrole impulzů a v jejich toxicitě*
- II. Mladí často kombinují s alkoholem, proto ta zmíněná toxicita*
- III. Nejsou moc doporučovány, jedině clonazepam“ (Malá, 2007, s. 38).*

7) „Antipsychotika

- I. U závažnějších forem sebepoškození*
- II. Mají nežádoucí účinky*
- III. Doporučuje se skupina serotonin- dopaminová antipsychotika druhé generace (např. risperidon)“ (Malá, 2007, s. 38).*

3 Krizová intervence

3.1 Krize

Každý si krizi jako takovou představujeme jinak. Už od slechu je to nesympatické slovo, které v nás vyvolává nepříjemné pocity, jako pocení, zvýšený srdeční tep, mdloby, strach aj. Krize může být manželská, finanční, zdravotní či životní. Poprvé se slovo krize objevilo v řeckém dramatu a mělo význam vyvrcholení děje, po kterém přišla katastrofa a nakonec katarze (tzv. očista duše). Krize ovlivňuje obě složky jedince a to jak složku biologickou, tak psychosociální. I přes svůj negativní účinek je velmi důležitou součástí našeho vývoje a růstu. „...můžeme definovat krizi jako stav neb situaci většinou s jasným časovým omezením, kdy naše prostředky a možnosti nedostačují nastoleným požadavkům, kdy se věci obrací nepředpokládaným směrem, a náš plánovaný postup se dostává do závažného ohrožení.“ (Honzák, Novotná, 1994, s. 13). Krizi lze rozdělit na krizi v malé (např. chřipka) a krizi ve velkém (např. havárie reaktoru). Dle Honzáka a Novotné (1994) má krize 4 fáze:

- 1) **Fáze prodromální-** jinak řečeno varovná, když se zaměříme na příklad uvedený o něco výše, chřipka, jedná se v tomto případě o fázi, kde se projevuje kašel, bolest v krku, malátnost
- 2) **Fáze akutní-** jedná se zde o srážku s předvídatelnými i nepředvídatelnými okolnostmi. Např. drama, jedinec nezná děj, zastihne ho v určitý okamžik netušícího a bezbranného a tím v něm vyvolá stresovou reakci.
- 3) **Fáze chronická-** je to fáze, která donutí populaci zaktivovat se, přehodnotit hodnoty a postoje, tzv. fáze na výdrž. Jako takový příklad se může uvést kauza s metanolem.
- 4) **Fáze restituce-** řídí se heslem „dvakrát nevstoupíš do téže řeky“. Zde se jedná o skupinu lidí, kteří již jednou krizi zažili a dostanou-li se znovu do té samé, většinou vědí, jak se s tím poprat, jak postupovat, na koho se obrátit. Jde o přehodnocení svého dosavadního života. Takovou skupinou mohou být například lidé po závažném onemocnění.

Je otázkou jak se rozhodovat v krizi. „Rozhodnutí je nutné dělat jak s ohledem na aktuální stav, tak především s ohledem na cílové záměry.“ (Honzák, Novotná, 1994, s. 20). Největším snem autorů, zabývajících se krizí je přijít na způsob, jak krizi z fáze prodromální přesunout rovnou do fáze restituce (Honzák, Novotná, 1994).

Kastová (2000) se zmiňuje o krizi jako o příležitosti k rozvoji a růstu osobnosti.

Vyskytuje se neustále, po celý život, vystávají před člověkem, který se je snaží různými způsoby uchopit. „...*krize se může stát šancí k novému prožívání identity...*“ (Kastová, 2000, s. 13).

Krize rozděluje na vývojové, které se vyskytují od narození až po stáří a krize vycházející ze situace (nároky profese, požadavky rodiny, ztráta zaměstnání, rozvod, úmrtí v rodině, závažné onemocnění,...). „*O krizi hovoříme tehdy, když se člověk ocitne v zatěžující nerovnováze mezi subjektivním významem problému a ožnuti zvládnutí, které má k dispozici.*“ (Kastová, 2000, s. 15). Pokud ovšem problém stále přetrvává, jedinec si neví rady, jak postupovat při jeho řešení, měl by využít odborné znalosti pracovníka centra krizové intervence nebo terapeuta (Kastová, 2000).

Krize je nevyhnutelný jev lidské existence, objevuje se jen tam, kde sídlí i vědomí. „*Krizi tedy můžeme chápat jako subjektivně ohrožující situaci s velkým dynamickým nábojem, potenciálem změny. Bez ní by nebylo možné dosáhnout životního posunu zrání.*“ (Vodačková a kol., 2012, s. 28).

Krize pro jedince značí nebezpečí (ztráta zaměstnání → finanční tíseň), ale i příležitost posunout se dál, vyvinout se. Číňané používají pro toto označení termín „Wej-ji“. Příčiny krizí jsou různé, jedná se o tzv. vnější spouštěče, jako jsou ztráta (smrt, zaměstnání, rodinné zázemí), ale i změna (zdravotní stav, dětský domov,...).

Vodačková (2012) rozděluje krizi na situační a krizi z očekávajících životních změn (přeneseně vývojové krize).

Špatenková (2011) uvádí ve své publikaci, krom již zmíněného, že krize je spojena se strachem, úzkostí, panikou, hororem, pocitem žádného řešení. Jedná se o ztrátu zaměstnání, úmrtí anebo onemocnění v rodině a další. Uvádí také, že každá krize má své řešení.

3.2 Generační krize

Každé věkové období člověka provází krize, od těch nejlehčích po ty nejtěžší, od porodu do smrti a nikdo se jí nevyhne. Patří k lidskému životu, pomáhá ve vývoji a růstu člověka, záleží samozřejmě i na osobnosti jedince, jak se s danou krizí vypořádá.

Velmi důležitou roli hraje v překonávání krize rodina nebo také vrstevníci, škola, přátelé. Pokud je rodinné prostředí narušeno, bývá často jediným východiskem z krize sebevražedné či sebepoškozující chování. Například dítě vyrůstá v rodině, kde vidí, že jeho rodič řeší krizi alkoholem, je zde větší pravděpodobnost, že své krize bude řešit podobným způsobem. Tato práce je zaměřena pouze na mládež, tedy se bude věnovat i tato kapitola krizím v pubescentním a počátkem adolescentního období.

Pubescentní období je velmi obtížné vymezit, začátek se dá ohraničit věkem 9- 12 let. V tomto věku začínají somatické změny, kdy se z chlapců stávají muži a z dívek ženy. Tyto změny nepřinášejí jen radost z dospívání, ale i nahromaděné emoce, jako jsou strach, úzkost, stud, změny nálad, kterým jedinci nerozumí a neumí si s nimi poradit. Nahromaděné emoce se mohou projevit i při nespokojenosti se vzhledem, jelikož se tito jedinci více než dříve zkoumají v zrcadle. Mění se celé tělo, krom pohlavních orgánů dochází ke změně i v obličeji, což je provázáno například zvýšeným množstvím akné. Dívkám se tvaruje postava, zvětšuje se poprsí, některý, rychleji a více, některý pomaleji a méně. Jiné dívky zase mohou přibírat na váze. To vše může mít za následek sebepoškozování, například řezání se do těla, které ji přijde odporné anebo mentální anorexie či bulimie. Ovšem při správném vedení a pozornosti rodiny se lze těmto nepříjemným, mnohdy až nebezpečným následkům vyvarovat nebo je alespoň zredukovat.

Konflikty adolescentního období jsou způsobeny odcházejícím dětstvím a s ním spojeným pocitem bezpečí a jistoty na straně jedné a hledání nového zázemí v partnerském vztahu, sám sebe, nové profesní či studijní nároky na straně druhé (Honzák, Novotná, 1994).

3.3 Řešení krize

Každá krize se řeší nejlépe ještě před jejím úplným propuknutím. Pokud ovšem danou krizi necháme propuknout, je třeba si uvědomit, že každá krize je řešitelná a nikdy v tom člověk není sám. Pokud chybí pomoc a podpora rodiny či přátel, jsou tu pověřeni odborníci z krizového či jiného centra pomoci. Proto je vždy zapotřebí zaujmout aktivní postoj. Často si člověk neuvědomuje, že mu lidé chtějí pomoci. Je třeba si ale uvědomit, že pomoci se nesmí zneužít a také, že nikdo za nás náš problém nevyřeší. Pokud se jedinec ocitne v krizi, vidí najednou mnoho problémů a neví, čím má začít. Mnoho odborných publikací zmiňují, že by se nejprve měl vyhledat ten hlavní problém (Honzák, Novotná, 1994).

Řešení krizí je úzce spojováno s krizovou intervencí. Ta je zaměřena na odvrácení suicidálního jednání. Jedinec se sebepoškozujícím i suicidálním chováním se nachází v krizi existenčního rázu. Snaží se před krizí utéct a to dvěma způsoby. Jednak to je sebepoškozováním (stav agonie, uvolnění napětí) anebo suicidem (už nebudou žádné problémy). Krizová intervence je poskytována dvěma cestami. Osobní se snaží zvrátit suicidální a sebepoškozující chování, dává naději, že problém je řešitelný a poskytuje odbornou pomoc při nacházení řešení. Telefonická, tzv. linka důvěry, bývá pro některé výhodnější a snazší cestou (jedinec se stydí za své problémy, bojí se odmítnutí). Pracovník, operátor, telefonické intervence by měl být odborník v komunikaci s lidmi, nechat klienta

rozpovídat, navádět ho otázkami, uklidňovat, že se nemá za co stydět. Pokud si operátor není jistý svou znalostí daného problému klienta, přepojí ho na kompetentnější osobu. Telefonická intervence funguje nepřetržitě a je bezplatná, proto se na ni může jedinec obrátit kdykoliv, když to potřebuje. Operátor by měl hlavně udržet kontakt a získat čas (Kastová, 2000).

Velmi podstatnou složkou, se kterou krizová intervence pracuje, je copingová strategie. Znamená přizpůsobení se nárokům života, tzv. vyrovnávací strategie. Mezi vrozené vyrovnávací strategie patří útek, útok a ochromení. Za další vyrovnávací strategie jsou považovány:

- a) **Regrese**= „*Ochranný proces, jehož účel tkví v návratu ke starým osvědčeným vývojovým vzorcům chování...*“ (Vodačková a kol., 2012, s. 47).
- b) **Disociace**= „*Ochranný proces, při němž se dva psychické vzorce od sebe oddělí a koexistují vedle sebe, aniž by se propojily.*“ (Vodačková a kol., 2012, s. 47).
- c) **Skotomizace**= „*Ochranný proces, při němž subjekt nevnímá ohraničené oblasti svého prostředí nebo sebe sama.*“ (Vodačková a kol., 2012, s. 47).

Krizová intervence je komplex služeb, které mají pomoci klientovi nacházejícímu se v nouzi a neumí své problémy řešit sám, potřebuje si s někým promluvit, najít jádro problému a způsob jeho řešení. *Principy krizové intervence jsou:*

- 1) **Dostupnost**- informace o KI, nepřetržitý provoz, terénní a ambulantní služba
- 2) **Individualita**- dle klientových potřeb, ohled na psychickou, sociální, emocionální a věkovou zralost klienta
- 3) **Komplexnost péče**- biologické, psychické, sociální a duševní potřeby klienta
- 4) **Vnitřní bezbariérovost**- příjemné prostředí, bez bílých plášťů, mříží na oknech
- 5) **Návaznost**- neskončit pouze rozhovorem a radou, jak řešit problém, doporučit jiné odborníky (např. psycholog, terapeut,...), zajímat se o klienta nadále

Cílem krizové intervence je stabilizace klienta, dostat ho do stavu před krizí a propracovat jeho blízkou budoucnost. *Služby krizové intervence jsou poskytovány v několika formách:*

- a) **Ambulantní**- kancelář, stacionář
- b) **Hospitalizace**- buď v krizovém centru nebo např. nemocnice, DpS
- c) **Terénní**- za klientem, doprovod klienta na úřad,...
- d) **V klientově prostředí**- doma, škola, klub,...
- e) **Telefonická**
 - a. Kontaktní linky- krizová centra
 - b. Specializované linky- AIDS, protidrogové, gay linky,...
 - c. Linky důvěry

Všechny služby jsou poskytovány krátkodobě či početně omezeně, aby nevznikla závislost klienta na cizí pomoci. Krizová intervence má individuální charakter, je časově omezená, zaměřena na řešení problému a navíc ekletická (šitá na míru). Smí dosahovat jen do blízké budoucnosti. Disponuje zázemím týmu, strukturou a oporou (Vodačková a kol., 2012). „*Krizová intervence trvá po dobu klientova krizového stavu. V případě ambulantního kontaktu jde zhruba o jedno až tři setkání...*“ (Vodačková a kol., 2012, s. 65).

Rady jak vést telefonickou intervenci:

- „*Nedávat rychlé a neuvážené rady*
- *Neslibovat a planě neutěšovat*
- *Více naslouchat a mluvení nechat na klientovi*
- *Naslouchat i emocím*
- *Nevnucovat vlastní řešení*
- *Neměnit téma*
- *Ptát se na upřesnění*
- *Neskákat do řeči*
- *Respektovat klientův čas*
- *Mluvit srozumitelně pro klienta (ne moc odborně, ale „lidsky“)*
- *Ptát se přehledným způsobem*
- *Nekritizovat*“ (Vodačková a kol., 2012, s. 90).

Krizová intervence může být direktivní (hledání řešení za klienta, hrozí zde prodlení z problému, který se nebude ihned řešit) a nedirektivní (klient hledá řešení sám, nehrozí zde prodlení) (Vodačková a kol., 2012).

„Krizová intervence znamená zásah, zákrok, respektive zakročení v krizi.“ (Špatenková a kol., 2011, s. 13). Jedná se o komplexní pomoc v těchto odvětvích- psychologická (terapie), lékařská (psychiatrie, medikace), sociální (z. č. 108/2006 Sb.), právní (sociální pracovníci, sociálně právní pomoc). Špatenková (2011) rozděluje krizovou intervenci na formální (krizové centrum) a neformální (rodina). KI má specifické znaky jakými jsou okamžitá pomoc, redukce ohrožení, „tady a teď“, časové ohraničení, intenzivní kontakt, strukturovaný a aktivní přístup, individuální přístup. Proces probíhá ve 3 fázích:

- 1) Zahájení-** navázání kontaktu s klientem
- 2) Realizace-** vzniká kontrakt mezi klientem a pracovníkem
- 3) Ukončení-** dokumentace

Formy:

- a) Prezenční-** terénní, pobytové a ambulantní služby
- b) Distanční** – telefonická a internetová pomoc

Pracovník krizové intervence může být laik (bez vzdělání, procházející odborným školením) anebo profesionál (vzdělání, sociální pracovník).

Kompetence krizového intervenanta:

- Dovednost navazovat kontakt
- Udržení kontaktu
- Schopnost odhadnout a vyhodnotit problém
- Schopnost rozhodovat se pod časovým tlakem
- Hranice a limity
- Spolupráce s ostatními institucemi
- Odolnost
- Motivace sebe sama i klientů
- Představitivost, kreativita
- Znalosti o existujících službách
- Optimismus, empatie, sebedůvěra,...

Právní aspekty:

- Mlčenlivost
- Ochrana osobních údajů
- Oznámit trestný čin
- Překazit trestný čin
- Zachovat lidskou důstojnost (Špatenková a kol., 2011).

4 Cíl práce

4.1 Cíle práce

Cílem diplomové práce je pomocí teoretických východisek popsat a definovat poruchové chování s důrazem na sebepoškozující chování. Cílem praktické části práce je zjistit, kolik jedinců se průměrně sebepoškozují v jednotlivých etopedických zařízeních, které nejčastěji způsoby volí, jaké mohou být spouštěcí faktory a hlavně, zdali je možné za pomocí alternativních resocializačních metod docílit redukce tohoto chování.

4.2 Výzkumné otázky

- 1) Jaká je přibližná frekvence sebepoškozujícího chování v jednotlivých etopedických zařízeních za rok?
- 2) Které faktory ovlivňují sebepoškozující chování jedinců s poruchami chování?
- 3) Které způsoby nejčastěji volí tito jedinci se sebepoškozujícím chováním?
- 4) Existují alternativní techniky, kterými lze eliminovat toto chování, pokud ano, jaká je jejich úspěšnost?

5 Metodika

5.1 Charakteriska sledovaného souboru

Základním souborem výzkumné části jsou jedinci s poruchami chování, kteří na základě těchto poruch ubližují z různých důvodů sami sobě, tzv. sebepoškozující chování. Respondenti byli vybráni metodou příležitostného výběru zkoumaného souboru. Tato metoda spočívá ve využívání příležitostí, které získáváme v průběhu výzkumu k tomu, abychom získali účastníky výzkumu (Miovský, 2006). Hlavním kritériem bylo, aby jedinci vykazovali poruchové chování, jehož důsledkem je sebepoškozující chování. Dalším souborem byli etopedičtí pracovníci, kteří pracují s těmito jedinci.

5.2 Technika sběru dat a metody šetření

Pro získání dat byl v této diplomové práci uplatněn výzkum na základě kvalitativní metody zkoumání.

Mnoho metodologů chápe tento druh výzkumu pouze jako doplněk nadřazeného kvantitativního. I když si později získal své uznání, nelze ho do dnes absolutně definovat. Jedná se o proces hledání porozumění daného problému, který je založený na různých tradicích metodologických zkoumání. Tento výzkum poskytuje komplexní a holistický náhled, který lze získat za pomoci analýzy textů, názorů účastníků výzkumu a hlavně je tento výzkum prováděn v přirozeném prostředí. Každý výzkumník na začátku vybírá téma, cíl výzkumu a jeho výzkumné otázky. Ty může během průběhu práce měnit či doplňovat, z tohoto důvodu je kvalitativní výzkum považován za pružný typ výzkumu (Hendl, 2012).

Při sběru dat do diplomové práce byly využity dvě techniky. Jednak zanalýzování písemné dokumentace jedinců s poruchami chování, ale i polostrukturovaný rozhovor s etopedickými pracovníky, kteří se denně setkávají s těmito jedinci. Analýzu písemné dokumentace definuje Gavora jako „...texty, které vytvořil někdo jiný, ale mají vztah ke zkoumaným osobám.“ (Gavora, 2010, s. 85).

5.3 Realizace průzkumu

První část výzkumu probíhala v období duben až červen 2015, kdy jsem pečlivě prostudovala veškeré materiály jedinců, které jsem si vybrala pro své zkoumání. Jednalo se přesněji o rodinnou anamnézu, osobní anamnézu, zdali jsou medikováni, jaké projevy chování vykazují (zdali spolupracují nebo se vzpouzejí autoritám), zdali se nacházejí v etopedickém zařízení dobrovolně nebo jim byla uložena ochranná výchova či předběžné opatření, atd. Druhá část výzkumu probíhala v období červenec až srpen 2015, kdy po

pečlivém prostudování všech získaných materiálů, jsem sestavila okruh otázek, které jsem poté pokládala etopedickým pracovníkům, abych získala i jejich pohled na dané chování těchto jedinců. S každým jsem se sešla osobně v místě jejich pracoviště. Setkání bylo dopředu telefonicky domluvené.

Před každým rozhovorem jsem pracovníky informovala o účelu našeho rozhovoru a byli ujištěni, že bude zachována anonymita a že výpovědi budou sloužit pouze pro výzkumnou část diplomové práce.

6 Interpretace výsledků šetření

6.1 Analýza anamnézy DDŠ

Jméno: Jan

Pohlaví: muž

Rok narození: 2000

Věk: 15 let

Kraj: Vysočina

Umístění: DDŠ Šindlovy Dvory v r. 2014

Diagnóza: socializovaná porucha chování, agresivita a sexuální odbržděnost

Medikace: sertralin, risperidon, afluditen

Osobní anamnéza: Jedná se o první dítě matky. Těhotenství i porod probíhaly bez komplikací. Přeskočil lezení, chodit začal od 1 roku. Dlouho nemluvil, proto navštěvoval logopeda a bylo navrženo vzdělávání v logopedické třídě, což nakonec nebylo realizováno. V dětství měl zvýšenou nemocnost, časté zameškání výuky. Byl nařízen odklad školní docházky. Ač byl starší než jeho spolužáci, intelektově jim nestačil, proto byla později navržena ZŠ praktická. Největší problémy mu dělá český jazyk. Intelektové schopnosti jsou v hraničním pásmu. Je zde dyslalická řeč.

Rodinná anamnéza: Pochází z úplné rodiny a je ze 4 dětí. Matka je momentálně na mateřské dovolené a otec je zařazen v rekvalifikačním kurzu úřadu práce. Rodinné a výchovné prostředí je v této rodině méně podnětné.

Zpráva lékaře: V roce 2013 byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici z důvodu sexuální odbržděnosti vůči mladší sestře. Sestra s ním odmítla mít pohlavní styk, a tak ji napadl. Matky i sestry se neustále ptá, zda na něj mají chuť. Po bytě často chodil nahý se ztopořeným penisem a využil každé situace, například když se jeho sestra ohnula. Pořád si na penis sahá a tahá za něj. Byl nasazen sertralin a risperidon, ale bez kýženého výsledku, proto byl sertralin nahrazen afluditenem. Po nasazení afluditenu sexuální chování ustalo a také dominantních pohledů ubylo. Byl propuštěn domů na zkušební dobu. Chování se vrátilo

ke starým kolegím, opět napadnul matku i sestru a sexuálně je obtěžoval. Proto byl podán návrh na ústavní výchovu, kde by mohlo být jeho chování pod kontrolou aspoň do doby, než ustane sexualita. Kromě farmakoterapie doporučena ještě individuální i skupinová psychoterapie, muzikoterapie, canisterapie, hipoterapie, arteterapie a pracovní terapie.

Zpráva psychologa: Na vyšetření se dostavil v doprovodu matky. Na syna si stěžuje, že se nerad připravuje do školy a při menším nátlaku je agresivní. Při vyšetření se ale chová adekvátně, spolupracuje a hovoří. Řeč je i přes jeho věk stále silně dyslalická, artikulačně neobratná, hůře srozumitelná. Nerozliší správně písmena ve slově, pak píše tak jak vadně slyší hlásky. Čte slabikováním s chybami. Mnohem lépe než čtení a psaní zvládá matematiku. Z pracovních sešitů lze vyčíst, že někdy spolupracuje a někdy ne. Intelektové schopnosti v pásmu podprůměru. Mnohočetná dyslalie, dysartrie a vývojová dysfázie. Rozvíjejí se závažné dyslektické a dysortografické obtíže. Doporučuje se pravidelné docházení na logopedická cvičení a návštěva PPP. Pravidelný nácvik výslovnosti a psaní doma. Při výuce čtení, psaní a počítání postupovat individuálně, krok po kroku. Využít možnosti IVP.

Zpráva sociální pracovnice: Na základě usnesení Okresního soudu byl umístěn do DDŠ Šindlovy dvory v roce 2014 z důvodu agresivního chování ve škole, k rodičům a sourozencům, vyhrožování újmou na zdraví a životě, nevhodné sexuální projevy, vulgarismy se sexuální tematikou, nezvladatelnost. Do DDŠ byl umístěn z psychiatrické nemocnice pro socializované poruchy chování a sexuální odbržděnost. V zařízení se dobře adaptoval. Jeho prosperita a chování je zatím bez závažnějších projevů. Respektuje autoritu pedagogických pracovníků a spolupracuje. Dodržuje režim a pravidla DDŠ. Dobře ho motivuje pochvala, ocenění a uznání. I přes svůj logopedický handicap je komunikativní. V kolektivu se drží v pozadí, občas se snaží na sebe upozornit „šáskováním“. Pozornost upíná především k dospělým, ke kterým má stabilní citové vazby.

Zpráva etopeda: Došlo v posledním období ke zhoršení jeho chování, které se odráží na chování kolektivu dětí k němu. Provokuje chlapce sexuálními nadávkami nebo gesty. Na domluvy reaguje dotčeně, někdy nepřiměřeně (mlácení s sebou do dveří, zdí, o zem). Objevuje se i počáteční drzost k pedagogickým pracovníkům. Mnohdy svádí vinu na ostatní, on sám za nic nemůže. Došlo i ke zhoršení prospěchu, ne však z důvodů intelektových schopností, ale z lenosti a pohodlnosti.

Zpráva vychovatele: Ve většině času v DDŠ se chová již mírně. Byly ale zaznamenány nevhodné sexuální projevy- dvojsmyslné nářky a komentáře k ženám, pohledy a snaha o kontakt. Po důrazném nesouhlasu a neakceptování jeho chování byly jeho projevy eliminovány. Výchovné problémy lze zvládnout běžnými pedagogickými prostředky za předpokladu, že je mu věnována přiměřená pozornost a péče. Do výchovných činností se zapojuje rád, rád se účastní sportovních aktivit, manuálních činností. Ve škole je nutný individuální přístup a dopomoc. Kontakt s rodiči je nepravidelný, spíše telefonický. Je v pravidelné péči pedopsychiatra a medikace.

Zpráva speciálního pedagoga: Již dříve vyšetřen pro výukové a výchovné problémy. Žák byl zařazen mezi žáky se speciálně vzdělávacími potřebami a to z důvodů velkých nedostatků ve čtení a psaní. Vynechána fáze lezení, měl chodítko, chodit začal od 1 roku. Hrál si s autíčky, vojáčky, stavěl puzzle, ale společenské hry typu „skákáni panáka“ nevyhledával. Opožděný vývoj řeči, dlouho nemluvil. Logopedickou péči rodiče vyhledali až okolo 5. roku věku dítěte, na logopedii chodili nepravidelně. Zpočátku kontakt mírně nejistý, postupně komunikuje a dobře spolupracuje. Řeč stále s projevy vícečetné dyslalie, nejsou vyvozeny hlásky „t, r, ř“, artikulační neobratnosti. Při zrychleném tempu je řeč méně srozumitelná. Nedožrál přes fázi plazení a lezení, což znemožňuje tonicko-šíjový reflex a tedy způsobuje tuhnutí v oblasti zápěstí a následně problémy v grafomotorice. Neschopnost propojit zrakové, sluchové a prostorové vnímání a následně do čtení a psaní (spojení tvarové podoby písmena s názvem a rychlé vybavení si grafémů). Obtíže výchovného rázu jsou pravděpodobně spojeny s obtížemi ve vyjadřování. Těžko nese, když mu okolí nerozumí. Agresivní chování může být také projevem kompenzačních mechanismů, jak získat pozornost a jak vyniknout.

Vlastní analýza:

- ✓ *Negativní vlivy pocházející z rodinného prostředí-* Chlapec pochází z úplné rodiny. Ve společné domácnosti žije s matkou, otcem a svými 3 sourozenci. Otec se nachází v rekvalifikačním kurzu ÚP a matka na mateřské dovolené. O jeho sourozencích nemáme podrobnější informace, víme pouze to, že Jan je nejstarší. Rodinné prostředí je méně podnětné, rodiče si s ním nevědí rady, neumí ho usměrnit, správně namotivovat či mu za úspěšný výkon poskytnout pochvalu nebo uznání. Vzhledem k MD matky a otce, který se nachází na ÚP je patrné, že ani finanční poměry v této rodině nebudou vysoké. Také si lze povšimnout, že rodiče mají své problémy, které

musí řešit, aby zabezpečili rodinu, poté ale nezbývá čas na to, aby se pečlivě věnovali svému synovi. Lze si toho všimnout i na chlapcově potřebě navštěvovat logopedickou třídu anebo aspoň pravidelně logopeda. I tento problém mu přináší těžké chvíle. Ač je tedy z úplné rodiny, tak toto prostředí je opravdu velmi málo podnětné pro výchovu chlapce, jako je Jan.

- ✓ *Negativní vlivy pocházející ze sociálního prostředí-* Chlapec nemá žádné kamarády, ač o to ani nestojí, má to výrazný vliv na jeho socializační rozvoj, z toho pramení i neschopnost jednat s ostatními lidmi. Dívky bude vždy brát pouze jako objekty svého sexuálního chtíče, takže zde bude nemožné navazovat přátelské vztahy. Z chlapců, obzvláště svých vrstevníků si utahuje, provokuje je vulgárními gesty. V kolektivu zaujímá postoje alfy samce. Těmito svými postoji k ostatním k němu přichází negativní reakce. Umí navázat citovou a kamarádkou vazbu pouze k dospělým, ale to pouze na omezenou dobu. Je odmítán pro své chování svým sociálním prostředím, ale také si nerozumí se svými vrstevníky kvůli svým logopedickým obtížím.
- ✓ *Formy a projevy sebepoškozujícího chování-* Škrábání a píchání špendlíkem na horních končetinách, při kritice mlácení hlavou o zeď, zem či dveře. Je velice citlivý na kritiku, nedokáže přiznat vinu, postavit se čelem problémům. Tyto situace řeší sebepoškozujícím chováním. S těmito projevy již do DDŠ přišel. Mezi jeho nejčastější problémy patří jeho sexuální odbržděnost. Poškodí se a chová se autoagresivně pokaždé, když se s ním takováto situace řeší, není schopen přiznat vinu. Jeho sebepoškozující chování by se dalo chápat jako demonstrativní.
- ✓ *Formy a projevy poruch chování-* Socializovaná porucha chování se sexuální odbržděností (vyžadování sexuálního styku s kýmkoliv, kdekoliv a za každou cenu), agresivita (vůči sobě a svému okolí, snaha tímto jednáním manipulovat s okolím). Tato socializovaná porucha chování se projevuje zejména disociálním a agresivním chováním trvalého rázu, krádežemi, záškoláctvím, agresí vůči svému okolí. V podstatě si tento chlapec myslí, že si může vzít vše, co sám bude chtít a nebude brát ohledy na nikoho a na nic. Nerespektuje autority, ve škole odmítá pracovat, trápí své spolužáky a vrstevníky v DDŠ. Svou matku, sestru a babičku bere pouze jako objekt svého sexuálního chtíče. V otci a dědovi vidí naopak konkurenci, choval se k nim agresivně.
- ✓ *Prognóza-* Byl předán do péče VÚ.

Jméno: Lucie

Pohlaví: žena

Rok narození: 2001

Věk: 14 let

Kraj: Vysočina

Umístění: DDŠ Šindlový Dvory v r. 2014

Diagnóza: porucha chování- afekt, sebepoškozující chování

Medikace: valproát, sertralin, tiserцин, strattera (léčba medikací trvalá)

Osobní anamnéza: Lucie je zřejmě ze 4. těhotenství, matka nenavštěvovala gynekologické prohlídky v těhotenství ani s jedním svým dítětem, plod donošený, porod spontánní, nekříšená. Propuštěna do biologické rodiny. Od kojeneckého věku špatně prospívala, málo jedla, trpěla nespavostí. Opakované hospitalizace- výrazně zanedbávaná rodičovská péče. V kojeneckém a batolecím období velká nemocnost. Po umístění do DD stále málo jedla, spala, navíc se vztekala, jen díky vlastnímu bratrovi se situace trochu zlepšila. Poté přidělení do pěstounské péče manželům společně se svým vlastním bratrem. V pěstounské péči rok doma, poté chvíli v MŠ, byla nezvladatelná, a tak ji zkusili zapsat do MŠ s menším kolektivem dětí, kde se s obtížemi adaptovala po dobu 6 měsíců. Do školy začala chodit v 6 letech, ale prospěchově byla velmi slabá. Na poslední vysvědčení dominovala 2 z chování. U Lucie se objevovaly stavy hysterie, hyperkinetické poruchy a silné afektivní stavy. Byla hospitalizovaná, poté ji pěstouni odmítli převzít zpět do své péče. Byla zrušena pěstounská péče a nařízena ústavní výchova, což mělo dopad na její další chování. Objevily se depresivní stavy, rozlady, negativismus, afektivní reakce a agresivita vůči věcem a osobám. Probíhaly doporučené kontakty s vlastním bratrem bez přítomnosti bývalých pěstounů. Vztah s bratrem je nyní sporadický, kontakt iniciuje Lucie. Později, již v DDŠ, na internetu vyhledala kontakt na biologického otce, se kterým se občas setkala, poté mezi nimi došlo ke konfliktu a otec již odmítá Lucii navštívit. Díky ale kontaktu s otcem začala o Lucii jevit zájem její babička, matka otce, a později se stala její poručnicí. Lucie u ní tráví víkendy a prázdniny. Pevná kamarádství nemá, nevytváří vazby, vše je krátkodobé a povrchní. Co se týče zájmů, je nevyhraněná, ráda peče, čte si, kouká na TV a chodí na procházky. Je

problémová, temperamentní, bojí se zklamání, reaguje impulzivně, uzavírá se a nikoho k sobě nepustí. Alkohol nepije, cigarety pár za den, experimentálně THC.

Rodinná anamnéza: Biologická matka v době narození v domácnosti, psychicky labilní, dříve léčena na psychiatrickém oddělení, aktuálně bez známého pobytu a bližších informací. Biologický otec vyučen, v době narození dělníkem, vyhýbal se trestnímu stíhání PČR, měl dluhy, aktuálně neznámého pobytu a bez bližších informací. Matka s otcem byli manželé, 15 měsíců po narození Lucie matka utekla a nechala Lucii s bratrem na starost otci, který v té době měl již novou přítelkyni a s ní již dítě, starost o všechny byla velmi obtížná. Celkem 7 sourozenců, 1 vlastní (bratr, ve stejné pěstounské péči jako Lucie, nadále je u nich), 5 nevlastních ze strany matky (ani jeden v péči matky, všechny v DD) a 1 nevlastní ze strany otce (bez bližších informací). Rodinné prostředí viditelně nepodnětné. Ani jeden z rodičů není zbaven rodičovských práv.

Zpráva lékaře: Lucie hospitalizovaná na psychiatrické léčebně z důvodu jejích hysterických a nekontrolovatelných záchvatů. I přesto, že je medikována, mívá tyto záchvaty často a většinou z úplných banalit. Problém se vyskytl, když si jí děti začali dobírat, že není hezká. Začala házet věcmi a „zdemolovala“ celou třídu, přitom ublížila i sama sobě. Při příchodu měla špatnou náladu, je raději sama než pod dohledem ostatních. Při dotazu na její ruce, které si pořežala, přiznala, že myšlenky na smrt nemívá, ale občas se pořeže, aby se uklidnila. Na psychiatrickou léčebnu byla přivedena etopedem DDŠ. Kromě medikace další doporučující terapie jsou arteterapie, ergoterapie, individuální psychoterapie, pracovní rehabilitace a autogenní trénink.

Zpráva sociální pracovnice: Lucie byla v roce 2014 umístěna do DDŠ Šindlový Dvory na základě rozsudku Okresního soudu, kterým jí byla nařízena ústavní výchova a tím zrušena pěstounská péče. Kontakt biologické matky s Lucií po dobu jejího umístění v DDŠ nebyl žádný, není známa žádná korespondence a telefonický kontakt. S DDŠ se matka nekontaktovala, neprojevila žádný zájem o prosperitu své dcery. Jedinou osobou, která projevovala zájem, byla její babička z otcovy (biolog.) strany, která byla později ustanovena Okresním soudem poručnicí.

Zpráva etopeda: Od začátku umístění v DDŠ je velmi problémová. Je vulgární, agresivní, impulzivní a afektovaná. Důvodem jejího chování jsou často banality. Projevuje se agresivně vůči dospělým, dětem, ale i zařízení. Je velmi negativní, vztahovačná a podrážděná. Neumí

se ovládat, útočí s cílem ublížit. Demoluje, hází a ničí vše, co jí přijde pod ruku. Sebeпоškozuje se- řeže. Utíká a inklinuje k návykovým látkám, především alkohol. Není schopná sebereflexe a náhledu na své chování. Na kritiku či výtku reaguje okamžitou negací a afektivitou. Svým chováním a jednáním výrazně narušuje chod výuky a výchovy. V kolektivu je pro své chování neoblíbená, ostatní děti jí raději ve všem ustoupí. Bojí se totiž jejího vulgárního a fyzického napadení, vyhrožování a demolování věcí. Do výchovných činností se zapojuje dle zájmu a nálady. Preferuje práci s PC, čtení dívčích románů, zapojila se i do pár sportovních akcí. Přes veškerou péči a hospitalizaci na psychiatrickém oddělení se nedaří projevy jejího chování eliminovat. Afektivita je nepředvídatelná. Její prospěch je podprůměrný, protože nejeví zájem o výuku a vykazuje problémové chování k pedagogům a ke spolužákům.

Zpráva vychovatele: Prožívání je depresivní a úzkostné. Málokdy prožívá pohodu, projevy zvenčí vnímá jako ohrožující z důvodu rané a stále opakující se negativní situace. Došlo u ní k zacyklení a fixaci negativního prožitku. Touží po milujícím přijetí, ale zároveň vnímá milující přijetí jako určité nebezpečí. Kontakty s osobami nevyhledává, bojí se zklamání. Ve spolupráci s kolektivem zastává dominantní postoj, nechce se o nic dělit. Často jí ovládají nevysvětlitelné vlastnické zájmy, přičemž vlastnictví něčeho vnímá jako pocit jistoty. Omezení sebedůvěry a důvěry k ostatním. Přijímání pochvaly je taktéž ambivalentní, na jednu stranu po pochvale, ocenění a uznání prahne, ale na druhé straně to chápe, jako určitý závazek, ochota se podřídit, být vedena- přijímána a milována.

Vlastní analýza:

- ✓ *Negativní vlivy pocházející z rodinného prostředí-* Lucie pochází z plně nepodnětného prostředí. Její matka byla sama psychicky labilní a několik měsíců po narození Lucie utekla od rodiny. Její otec byl trestně stíhán a rodičovskou péčí nezvládl. Jediný, kdo na ni mohl mít pozitivní vliv, byl její vlastní bratr. Lucie se narodila do úplné rodiny, která netrvala dlouho, krátce po jejím narození matka zmizela. Víme pouze to, že má celkem 7 sourozenců, ale jen jednoho vlastního. Otec se znovu oženil a s novou manželkou má jedno dítě. Jedná se nejspíš o čtvrté dítě matky, která v době těhotenství, ale ani předtím, nenavštěvovala lékaře, proto je prenatální vývoj dívky nejasný. Později se o Lucii staral otec a její nevlastní matka. Otec kvůli svým problémům, zadlužen a stíhán PČR, nezvládl péči o svou dceru. Poté byla přemístěna do DD a následně do PP. Neustále cestovala mezi rodinami,

cizími lidmi. Nikde nenašla rodinné zázemí, které by jí mohlo dát pocit lásky a bezpečí. Všemi a všude byla odmítaná. Alespoň toto mohl být její pocit při neustálém putování z místa na místo. Nejlepší vztah měla a má pouze se svým bratrem.

- ✓ *Negativní vlivy pocházející ze sociálního prostředí-* Lucie od dětství putovala z biologické rodiny do dětského domova, poté do pěstounské péče, následně opět do domova. V neposlední řadě byla umístěna do DDŠ a několikrát, pro své chování, hospitalizována v psychiatrické léčebně. Neměla šanci naučit se a utvořit si pevnější vazby, nemá kamarády. Tím byla omezena její socializace a neumí jednat s lidmi. Na žádném místě se nezdržela dostatečně dlouhou dobu, aby si mohla vytvořit pevné citové a přátelské vazby. Projevuje se velice agresivně nejen vůči dospělým, například její nevlastní matka, ale také ke svým vrstevníkům. Její vrstevníci se jí bojí, kvůli jejímu fyzickému napadání a slovním výhrůžkám, že jí raději ve všem ustoupí.
- ✓ *Formy a projevy sebepoškozujícího chování-* Řeže se vším, co je ostré a co má po ruce. Důvodem je většinou pocit úlevy a snaha demonstrace. Snaží se těmito útoky proti sobě na sebe upozornit, chce být středem pozornosti, být litována, ale naopak chce ukázat i svou sílu a odvahu ublížit si. Ale ve skutečnosti je to pouze to jediné, co může ovládat.
- ✓ *Formy a projevy poruch chování-* Jedná se o afektovanou poruchu chování (jedná v afektu, impulzivně, často jsou příčinou banality, neumí ovládat a kontrolovat své chování, emoce vždy a jakýmkoliv způsobem pouští na povrch), sebepoškozující chování. Afektivní poruchy chování jsou často spojeny s poruchou nálad. Ostatní příznaky jsou pouze sekundárního rázu. Může se vyskytovat deprese, mánie anebo bipolární typ této poruchy. Všechny většinou vedou k recidivě. Tato dívka trpí afektivní poruchou spojenou s depresí. Její nálady a chování jsou velice depresivní a úzkostné. Tato porucha je často vyvolána stresem v raném dětství. Zde by se dalo usuzovat o stres z rodinného prostředí, kdy se jí rozvedli rodiče, poté žila chvíli s matkou, byla předána do výhradné péče otce, byla v DD a nakonec skončila v DDŠ. Tyto všechny události měly výrazný vliv na vývoji její poruchy.
- ✓ *Prognóza-* Byla předána do péče VÚ Černovice.

Jméno: Sára

Pohlaví: žena

Rok narození: 2000

Věk: 15 let

Kraj: Vysočina

Umístění: DDŠ Šindlovy Dvory v r. 2013

Diagnóza: sebepoškozující chování, agresivita, nesocializovaná porucha chování

Medikace: sertralin, clorprothixen, zeldox

Osobní anamnéza: Narodila se ve 40. týdnu těhotenství ze 4. porodu matky. Jedná se o 5. dítě biologické matky. Než byla svěřena do pěstounské péče, trpěla častou nemocností, byla často hospitalizována v nemocnicích a dokonce i v lázních, zejména v souvislosti s astmatem. Užívá inhalátor. Dále je psychiatricky medikována a to setralinem, clorprothixenem a zeldoxem. Má vrozenou vadu kyčelního kloubu. Absolvovala hospitalizaci v roce 2011 na psychiatrické léčebně pro svou agresivitu a slovní i fyzické napadení členů pěstounské rodiny. Ve 4. třídě ZŠ byla na přání pěstounů zřízena domácí výuka, ale z výchovných problémů v domácím prostředí od 5. třídy opět navštěvovala 5. třídu na ZŠ. Ve škole se podle třídní učitelky projevovala nevhodnými poznámkami, vulgárním vyjadřováním a vykřikováním. K učitelům i spolužákům byla agresivní. Nedokázala se přizpůsobit a nerespektovala autority. I přesto, že spolupráce pěstounů se školou byla dostačující, Sára nezvládala učivo i nižších ročníků. Byla značně negativistická, nepřizpůsobivá a konfliktní vůči všem členům rodiny. Odmítala direktivu a kritiku, dominovalo u ní manipulativní chování ke všem ze svého okolí. Lhala a nerespektovala práva ostatních. Dlouhodobě se pohybovala v partě stejně „závadných“ dětí. Svůj čas trávili požíváním návykových látek. Bylo patrné i časté vyhledávání sexuální příležitosti. Na žádost pěstounů byla umístěna do DDÚ Homole na diagnostický pobyt, po jehož ukončení zažádali pěstouni o nařízení ústavní výchovy a přemístění do DDŠ Šindlovy Dvory z důvodu neustupujícího problémového chování a ohrožování celé pěstounské rodiny. Po nějaké době se Sářin stav zlepšil a pěstouni zažádali o zrušení ústavní výchovy a opět si ji vzali k sobě. Dobré chování vydrželo, ale jen chvíli a po demonstrativním pořezení si zápěstí, byla

hospitalizována na psychiatrické léčebně. Poté byla opět nařízena ústavní výchova a Sára byla opět svěřena do péče DDŠ Šindlový Dvory. Je nutné podporovat kontakt s pěstounskou rodinou a dohlížet na užívání medikace.

Rodinná anamnéza: Narodila se do družského svazku, kde otec není znám. Matka zanechala Sáru v porodnici s tím, že se o ni nedokáže postarat. Bližší informace ani pobyt matky není znám. Matka nemá vyživovací povinnost a ani rodičovskou odpovědnost. Má několik vlastních sourozenců, ale neudrhuje s nimi kontakt. Sára byla svěřena do péče DD a od svých 2,5 let vyrůstala v pěstounské péči. Pěstounská rodina má své vlastní děti. Dalších několik dětí má v pěstounské péči. Rodinné a výchovné prostředí pěstounů je na velmi dobré úrovni.

Zpráva lékaře: Několikrát hospitalizována na psychiatrické léčebně pro ohrožování sebe i pěstounské rodiny. Medikována.

Zpráva psychologa: Intelligence se pohybuje ve slabším průměru. Profil výsledků WISC a Raven testu naznačuje lehkou organicitu. Poruchy učení, zejména dyskalkulického rázu. Afektivita nevyrovnaná, snadno podléhá impulzům, sklony k rizikovému chování. Opoziční a manipulativní tendence, pasivita, potíže v sociálním přizpůsobení (zaměřenost na sebe, nedostatek empatie, nepocit'ování viny, neschopnost respektovat pravidla). Neprojevuje žádnou snahu o změnu vlastního chování. Při rozhovoru navazuje kontakt a ochotně spolupracuje, rozvádí odpovědi, je otevřená. Oční kontakt reciproční, gotika a verbální projev je přiměřený, řeč mírně setřelá, projevy únavy a ospalosti. Tyto projevy ospalosti svádí na medikaci a využívá to i při neochotě pracovat ve škole. Smysl léků při opakovaném vysvětlení nechápe, myslí si, že jí na agresivitu nepomáhají a odmítá je brát. Svou situaci naprosto bagatelizuje i co se týče výběru budoucího studia (zámečnictví, sociální práce). Cítí se být odmítána pěstouny, ale přesto pořád doufá, že si ji opět vezmou zpět. Emoce ventiluje zvýšeným užíváním vulgarismů. Těší ji zájem druhé osoby. Uvědomuje si, že v určitých situacích je impulzivní a dokonce agresivní. Zpětně jí to trápí, ale v danou chvíli neumí ovládnout své emoce. Rozčílí ji banalita, její emoce a impulzivita ji obtěžují, ale neumí si s nimi poradit. Někdy pomáhá hudba, jindy vykřičení se. Většinou to ale řeší pořezením se na ruku. Pokud má náladu a není ospalá, mluví o sobě v humorném duchu, za čímž se schovávají jisté pochybnosti o sobě a bezmoc z neschopnosti jednat v určitých situacích adekvátním způsobem. Baví ji hip-hop, umí se pro novou věc nadchnout a radovat se z ní. Má prozatím nevyzrálou lesbickou orientaci, která je důležitou součástí její identity.

Navazování vztahů s dívkami provádí nevhodným způsobem a při odmítnutí jde snadno do konfliktu. K pěstounské rodině má velmi vřelý vztah, cítí se být její součástí a doufá, že ji matka (pěstounka), co nejdříve v DDŠ navštíví. Ač říká, že je ospalá, projevuje psychomotorický neklid. Sára je dívka s hlubokými poruchami chování a emocí. Poruchy emocí jsou částečně kompenzovány medikací. Nerespektuje pravidla, snaží se testovat hranice těch druhých, především usiluje o pozornost.

Zpráva etopeda: Anamnéza Sary je velice složitá. Je medikována pro své těžké poruchy chování a emocí. Od počátku účelově kooperovala, ale jistá snaha byla patrná. Opakovaně porušovala pravidla, neomaleně se domáhala svých potřeb, manipulovala s okolím, hledala kompenzaci nikotinové abstinence, v lesbických sklonech obtěžovala vytipované dívky, podváděla s užíváním medikace, snažila se uniknout s výuky spánkem, utíkala ze zařízení, lhala. Výchovné nároky a doporučení nezvládá, je iracionální v požadavcích na postoje s vizí vrácení se do pěstounské rodiny. Současné postoje korespondují s výstupy ostatních diagnostických zpráv, liší se pouze aktualizací symptomů a fyziologickým vývojem. V kontaktních situacích velice asociální, na úkor potřeb druhých, okamžitě přebírá obranu agrese či sebeagrese. Svou suverenitu ještě potvrzuje svým jasně vymezeným dialogem. Rysy drzosti, vulgarity, slovní agrese a výhrůžky. K výtkám je opoziční, smlouvající, reaguje urážlivě. Její hlavní a jedinou motivací je návrat do rodiny, avšak i přes toto se nesnaží na svém chování zapracovat.

Zpráva vychovatele: Je sebejistá a suverénní. V adaptační fázi se projevovala jako psychicky labilní, nekritická s nízkou sebekontrolou. Na skupině byla konfliktní, časté plány s kým si co vyřídí a koho zbije. Zpočátku velmi hlučná a nerespektovala pravidla. Hrubě porušovala nastavená společenská pravidla (říhání, flatulence). Velmi často nevhodným způsobem na sebe upoutávala pozornost. Její přístup k navrhovaným činnostem byl pasivní, většinu z nich odmítala, v lepším případě se jim věnovala v řádu minut. Od prvních okamžiků zaujímal v kolektivu vůdčí pozici, silou si ji snažila udržet. Její postoje k personálu byly ambivalentní, sympatie se přelévaly od pozitivních po vyhraněně negativní. Od relativně dobré spolupráce po ignoraci a vulgarismy. Je to velice hřmotná dívka, která se stylizuje do chlapecké vizáže. Její psychomotorické tempo je rychlé a nevyrovnané. Je to závislá kuřačka, užívající marihuanu, houbičky i alkohol. Občasné problémy s užíváním léků, plivala je, házela do koše, ale nikdy neschovala. Na pažích má trvalé znaky sebepoškození. Během pobytu v DDŠ se pořezala závažně jen jednou, musela být

přivolána RZS, ale denně tím vyhrožovala. O osobní hygienu dbá přiměřeně, věci udržuje v neustálém nepořádku. Potrpí si na ležérní vzhled, chlapecký vzhled. Nemá vyhraněné zájmy, pokud ji něco zajímá, projeví to verbálně a u toho také zůstane. Nejvíce ji baví čas strávený v posilovně, pokud má s sebou „partáka“, kterého může koučovat a poměřovat s ním své síly. Oblíbila si boxování, při kterém uvolňuje tenzi. Individuální činnosti nejsou její parketa, pouze v případě, že k tomu má asistenta, od kterého vyžaduje „přines, podej, udělej“. Nachází si většinou chlapecká kamarádství, k dívkám vyjadřuje citové sympatie, ovšem nevhodným způsobem. Je emocionálně velmi nevyrovnaná, svět vidí pouze černobíle. Je velmi povrchní. Lže, utíká a ráda manipuluje se svým okolím. Lze ji obtížně zvládnout. Má výrazné dlouhodobě rozvinuté poruchy chování, je zcela demotivována nepříznivým vývojem osobní situace. Prognosticky málo nadějný případ.

Vlastní analýza:

- ✓ *Negativní vlivy pocházející z rodinného prostředí-* Nejsou známy, pochází ze spořádané pěstounské rodiny, která se jí po stránce výchovné i materiální snažila zajistit vše pro kvalitní život. Sára se původně narodila do družského vztahu její biologické matky s biologickým otcem. Otec ale není znám. Matka zanechala Sárku po porodu na porodnici s tím, že se o ni nedokáže postarat. V podstatě odmítla své dítě a odpovědnost s ním spojenou. Sára byla nějaký čas v kojeneckém ústavu a v DD, než se jí ujala její pěstounská rodina, která měla jednak své vlastní děti, ale i několik dětí svěřené do PP. Žádné jiné dítě nemusela projít odbornou péčí DDÚ, z toho lze usuzovat výchovné a rodinné prostředí, jako velmi dobré. Má také vlastní sourozence ze strany biologické matky, ale s těmi se nestýká. Nejsou o nich žádné informace, zda byli v DD, jaké vykazovali chování, zda byli umístěni v DDÚ. A se pouze říci, že si ze své biologické rodiny něco přece jen přinesla, jen nemáme informace, zdali je to ze strany otce či matky.
- ✓ *Negativní vlivy pocházející ze sociálního prostředí-* Má velmi silné problémy se socializací a to díky své neschopnosti sebekontroly a jednání s ostatními lidmi. Uchytila se k sociopatologické skupině, kde navazovala určité kamarádské vazby. Naučila se v této skupině špatným vzorcům chování, které pokládala za správné a přenášela je na své okolí. Toto okolí takového chování odmítlo přijmout a na kritiku začala Sára reagovat neadekvátním způsobem, kde se projevila i její neschopnost sebekontroly a seberegulace emocí. Její chování se projevovalo lhaním, kouřením,

užíváním marihuany a lesbickými sklony, což by nebylo tak zlé, kdyby tím neobtěžovala ostatní dívky.

- ✓ *Formy a projevy sebepoškozujícího chování*- Opakované řezání ostrými předměty na horních končetinách z důvodu uvolnění svých emocí. Již od svého narození putuje z místa na místo, to mělo za následek nahromadění emocí, kterým nerozuměla, a buď si je vybíjela na svém okolí anebo sama na sobě. Její řezání jí způsobuje uvolnění, pocit, že o tomhle si může rozhodnout sama, nikdo ji v tom nemůže zabránit.
- ✓ *Formy a projevy poruch chování*- Nesocializovaná porucha chování, agresivita, sebepoškozující chování. Nesocializovaná porucha je charakterizována jako porucha chování (kdy musí splňovat všechny kritéria uvedené pro poruchy chování, F91) s disociálními a agresivními prvky. Jedná se o výrazné pervazivní narušení vztahu k dětem a ke svému okolí. Tato porucha může být buď samotářského typu anebo agresivního. U této dívky se projevuje typ agresivní, chce být středem pozornosti, udělala by pro to vše.
- ✓ *Prognóza*- Byla předána do péče VÚ Černovice.

Jméno: Monika

Pohlaví: žena

Rok narození: 2002

Věk: 13 let

Kraj: Jihočeský

Umístění: DDŠ Šindlovy Dvory v r. 2014

Diagnóza: Poruchy chování asociálního a antisociálního charakteru a emocí, sebepoškozující chování

Medikace: Valproát, sertralin

Osobní anamnéza: Narodila se z 1. těhotenství a 1. porodem matky. Porod byl fyziologický, spontánní a bez komplikací. Dosud neprodělala žádné vážnější onemocnění, úrazy či operaci. V 11 letech byla hospitalizovaná v nemocnici z důvodu vegetativní reakce na vykouření nadměrného množství blíže nespecifikovaného tabáku a nikotinu. V letošním roce začala navštěvovat 8. třídu ZŠ praktické. Podle zpráv třídní učitelky se ve škole chová nevhodně. Je drzá a nerespektuje autority. Ve třídním kolektivu není příliš oblíbenou. Vulgaritami se snaží na sebe upoutávat pozornost. Škola je s matkou v převážném telefonickém kontaktu, matka školu navštívila cca 2x za celou dobu. Matka požádala o dobrovolný pobyt dcery v DDÚ Homole pro výchovné problémy doma i ve škole. Nerespektovala dospělé, neposlouchala matku, ve škole se chovala nevhodným způsobem. Stýkala se s problémovou partou kamarádů, kouřila cigarety, užívala THC, pila alkohol. Pokud našla doma nějaké léky, sebrala je a užila. Vyhrožovala sebepoškozováním. Matka zmínila též podezření z prostituce své nezletilé dcery. Na pobyt v DDÚ Homole nastoupila koncem roku 2013.

Rodinná anamnéza: Monika se narodila ze soužití matky a otce. Matka má v péči další 3 děti. S otcem Moniky je současně matka rozvedená, má přítele, se kterým žije ve společné domácnosti se zmíněnými 3 dětmi. Byt disponuje velikostí 1+1 a je pod dohledem udržován v normě. Monika žila od 4 let (po rozvodu rodičů) do 12 let s otcem a jeho novou ženou. V současné době je ale opět v péči matky a s otcem je v občasném telefonickém kontaktu.

Zpráva lékaře: Monika byla hospitalizovaná v nemocnici pro otravu nespécifikovaným tabákem. Nikdy netrpěla nemocností, alergiemi ani neměla vážnější úrazy. Požívá léky pouze z psychiatrického důvodu a to valproát a setralin. Občas doma matce ukradla nějaké léky a požila je, ale nikdy kvůli tomu nebyla hospitalizovaná.

Zpráva psychologa: Kontakt navazuje okamžitě, koketuje, je komunikativní a není napjatá. Kontakt je povrchní, nevadí jí hovořit o citlivých tématech, nepotřebuje povzbuzení, je sociálně reaktivní. Její vyjadřovací schopnosti jsou dobré, avšak pokud se jedná o složitější tematiku, má problém dát dohromady svou myšlenku. Slovní projev je s podprůměrnou slovní zásobou, která není tak bohatá, pojmy si vybavuje pomaleji a méně plynule, při složitějším hovoru nechápe obsah sdělované informace. Řeč je hlasitá, dobře slyšitelná, bez vad výslovnosti, v hojné míře užívá vulgarismy. Myšlení je zabíhavé, neúčelné a stereotypní. Pozornost málo koncentrovaná, nestabilní, vyžaduje motivaci. Práci neustále přerušuje, je lascivní. Obecně pracuje pomaleji, bez zájmu, obtěžuje ji to. Paměť klinicky nenarušena, avšak málo trénovaná. Mimika obličej je výrazně živá, neverbální projevy. Pokládá neadekvátní dotazy, které jsou mimo probíranou tematiku. Oční kontakt je nepřiměřeně dlouhý, vyzývavý, neuhne pohledem. Posez je neklidný, okusuje si nehty, poposedává, otáčí se, pohybuje se zbrkle. Motoricky je pohotová a pružná, na výzvu k aktivitě reaguje okamžitě, motorika přitom dobře regulovaná. Afektivita málo regulovaná, v jednání se často objevuje střídání nálad a explozivita. Nálada nestabilní, ambivalentní, bez zájmu. Při práci s psychologem vyžaduje časté přestávky, má značné potíže s udržením pracovního tempa. Intelektové schopnosti vykazují jasné pásmo podprůměru. Nemá obtíže s pochopením jednoduchých souvislostí, získané školní znalosti jsou však slabé, celkově malá duševní schopnost, obtížně zvládající abstraktní problémy, chybí adekvátní vhled do situace. Praktická úvaha není výrazně narušena, umí být vypočítavá. Osobnost je nedotvořená, málo strukturovaná. Spíše extrovertně zaměřená, upřednostňuje ale především svůj vlastní prospěch. V podstatě je zvyklá dělat si, co chce a pokud jí není vyhověno, chová se vzpurně až agresivně. Preferuje dynamické prostředí, změnu, ale i úplnou volnost při rozhodování. Touží být středem pozornosti svého okolí. Necítí potřebu projevů vyšších emocí. Je značně proměnlivá v postojích a zájmech. Vyhýbá se odpovědnosti, má sklon jednat lehkovážně, patrný je vnitřní zmatek, napětí a dráždivost.

Zpráva sociální pracovnice: Rodina se skládá z matky, Moniky a dalších 3 polorodých sourozenců. Bydlí ve sklepním bytě 1+1, který je standardně zařízen, nutno je hlídat pořádek. Rodina žije z dávek a z pomoci přítele matky, který je rakouské národnosti, ale s rodinou nežije, dojíždí k nim. Matka se dříve živila prostitucí, ale nyní to již dlouhou dobu neprovozuje. Matka má k dětem výchovný přístup, který nemá mantinely. S Monikou si nevybudovala pozici, jako rodičovská autorita, jejich hovory jsou plné vulgarismů. Matka je velmi jednoduchá osobnost, která není schopna domyslet důsledky své výchovy. Věděla o provozování prostituce své dcery, dokonce si od ní vzala peníze s tím, že je lepší dát je dětem, než aby je Monika utratila za alkohol.

Zpráva etopeda: Důvodem umístění v DDÚ Homole a následně v DDŠ Šindlový Dvory bylo, dle slov její matky, nerespektování její autority, hrubá vulgarita dívky, potulování se se závadovou skupinou, útěky z domova, užívání alkoholu, THC, tabakismus, prostituce, opakované porušování školního řádu, nerespektování okolí. Nástup do zařízení bylo několikrát zrušeno a odloženo, protože Monika přislíbila matce, že se polepší, k tomu ale nedošlo. Dívka přijala umístění v DDŠ jako nepříjemnou událost, k němuž byla donucena. Tomu odpovídalo její negativní ladění, neochota ke spolupráci, obcházení a bojkot základních režimových pravidel. Od počátku patrný nedostatečný návyk k respektování autorit. Masivní výchovná zanedbanost ve všech oblastech vývoje. Dívka sama sebe vnímá jako veselou a bezproblémovou dívku, která se nikoho a ničeho nebojí. Je sama se sebou spokojená a nemá motivaci na sobě cokoliv změnit. Dívka se od počátku snažila zaujmout mezi vrstevníky dominantní a vůdčí postavení za častého užití výhrůžek a vulgarismů. Byla schopna svým manipulativním chováním probudit ostrakismus na submisivním jedinci. Ke chlapcům je podbízivá a chování je spíše sexuálního charakteru. Své oblíbenkyně brání za každou cenu. Nedůvěřuje dospělým osobám. Snadno se vzdává před cílem, není vytrvalá. Je ve většině případů bez empatie a je citově oploštělá. Při osobnějších tématech byla ostražitá, nedůvěřivá. Byla zařazena do programu „Program rozvoje osobnosti“.

Zpráva vychovatele: Po příchodu byla negativistická, odmítala si vybalit své věci. Chovala se drze, usmívala se a na vše odpovídala „nechci, nepůjdu, neudělám“. Odmítala chodit na odpolední vycházky, později si ale nechala domluvit a postupně začala spolupracovat. Mezi dětmi zpočátku zdrženlivé chování, ale poté se začala předvádět a chovat nevhodně. Zejména se přikláněla k méně ukázněným jedincům, se kterými se dopouštěla nekázně a provokací. Do činností na skupině se zapojovala neochotně, s minimální aktivitou, postupně

se situace zlepšovala za soustavného povzbuzování, domlouvání a vhodné motivace. Dívka je na svůj věk drobnější postavy a menšího vzrůstu. Je pohybově nadaná a zdatná. Je schopna i větší fyzické zátěže, ke které ale není příliš ochotna. Dokázala být velice vulgární nejen k dětem, ale i k dospělým. Chovala se odmítavě a vynucovala si své zájmy nevhodnými a netaktními způsoby. Přiznává kouření, pití alkoholu, sexuální zkušenosti a experimentování s THC. Na skupině ráda vystupovala jako vůdčí typ, nebála se, byla necitlivá ke slabším jedincům, zejména k chlapcům. Svě oblíbenkyně měla snahu chránit a brát je pod svá ochranná křídla. Hygienické návyky neměla zafixovány. Nechtěla se ani sprchovat před ostatními děvčaty, styděla se, měla problémy se svléknout. Nebyla schopna udržovat čistotu, ve svých věcech si neudržovala dostatečný pořádek, byla nutná častá kontrola a dohled. Říkala, že doma si uklízet vůbec nemusela. Měla problémy i se stravováním, jedla méně a styděla se jíst před ostatními, ale rychle si zvykla. Ze zájmů nejvíce preferovala práci na PC, poslech hudby a tanec. Při přípravě na vyučování dokázala pracovat samostatně, nevyrušovala, dokud sama nedopsala úkol. Profesně orientovaná na to stát se kuchařkou a pracovat v cizině. K činnostem přistupovala náladově. Motivací se pro ni staly samostatné vycházky do města a možná návštěva domova.

Vlastní analýza:

- ✓ *Negativní vlivy pocházející z rodinného prostředí-* Monika se narodila do úplné rodiny, ve které žila se svým otcem, matkou a svými 3 sourozenci. Po rozvodu rodičů žila do svých 12 let se svým otcem. Poté byla svěřena do péče své matky, protože otec je rakouské národnosti a nyní se neví, kde přebývá. Matka se kdysi živila prostitucí, nyní to již nedělá. Žije se svými dětmi a svým přítelem v malé bytové jednotce. K dětem si nikdy nevytvořila status matky, její výchova nemá mantinely, děti si dělají, co chtějí. Matka je jednodušší osobností, proto nedokáže domyslet důsledky své výchovy. Byt je udržován v čistotě pouze pod dohledem. Rodina žije z dávek a z pomoci přítele matky. Toto rodinné prostředí je velice nepodnětné pro výchovu kohokoliv ze zmíněných dětí.
- ✓ *Negativní vlivy pocházející ze sociálního prostředí-* Monika si nerozumí se svou matkou, svého otce nevidá. Chytila se závadové party, se kterou krade, lže, kouří, užívá THC, potuluje se. Dokonce provozuje prostituci, ze které těží finanční prostředky, za které si kupuje alkohol a jiné návykové látky. Její matka o její prostituci ví, ale peníze z ní vytěžené sama užívá k zaobstarání rodiny. Monika není

schopna navazovat trvalejší citové a kamarádské vazby. K chlapcům se chovala velice hrubě, odmítavě a snažila se je ponížovat. Pokud si ale oblíbila nějakou dívku, byla schopna se za ní i rvát, což také není správně. Její špatná schopnost socializace pramení ze špatného přístupu k výchově ze strany její matky.

- ✓ *Formy a projevy sebepoškozujícího chování-* Několikrát ukradla matce léky a spolykala je, ale nikdy kvůli tomu nebyla hospitalizována. Drsně si škrábala ruce, když byla nervózní, dokud jí netekla krev. Za její projev sebepoškozujícího chování by se dala považovat i zmíněná prostituce, kdy své tělo nabízela neznámým mužům.
- ✓ *Formy a projevy poruch chování-* Porucha chování asociálního a antisociálního charakteru. Asociální poruchy chování se vymykají všeobecně nastavené společenské normě, ale výrazným způsobem společenské fungování nenarušuje a neohrožuje. Například toxikomanie, záškoláctví. Respektive řečeno je to nesociální chování namířeno vůči sobě. Kdežto antisociální chování se vyznačuje rysy, které jsou jasně namířené proti společnosti. Tuto společnost narušují a ohrožují. Patří sem ublížení na zdraví, šikana, vyhrožování, fyzické napadání, prostituce a další. Tato dívka má rysy od obou typů poruch chování, jde proti sobě a proti společnosti, a proto je uznána jako za velmi nebezpečnou pro sebe a pro své okolí.
- ✓ *Prognóza-* Byla předána do VÚ Černovice.

Jméno: Petr

Pohlaví: muž

Rok narození: 1993

Věk: 22 let

Kraj: Jihočeský kraj

Umístění: DDŠ Šindlovy Dvory v r. 2006, odchod v r. 2009

Diagnóza: socializovaná porucha osobnosti, agresivita, sebepoškozující chování

Medikace: sertralin, risperidon

Osobní anamnéza: Jedná se o druhé dítě matky z druhého těhotenství. Těhotenství i porod probíhaly bez komplikací. Vývoj probíhal bez problému. Ze začátku povinné školní docházky navštěvoval určitou chvíli školního logopeda. V dětství trpěl běžnými dětskými onemocněními. Byl nařízen odklad školní docházky. Byl nejmladší ze třídy, a co se týče jeho somatického vzhledu, vypadal téměř jako předškolák, byl velmi drobné postavy. Největší problémy mu dělá český jazyk a matematika. Intelektové schopnosti jsou velmi podprůměrné.

Rodinná anamnéza: Pochází z neúplné rodiny a je ze 4 dětí. Matka je momentálně na mateřské dovolené a otec vykonává trest odnětí svobody za trestnou činnost. Žijí v bytové jednotce o velikosti 1+1. Do domácnosti občas dochází matčin přítel, většinou ho ale navštěvuje ona. Rodinné a výchovné prostředí je v této rodině velmi nepodnětné.

Zpráva lékaře: V roce 2006 byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici z důvodu vlastního sebepoškozování a agresivních projevů na své okolí. Vyhrožuje své matce, že jestli se bude nadále scházet s cizími muži a kašlat na něj a jeho sourozence, tak si něco udělá. Matku se pokoušel několikrát škrtit z důvodu, že podvádí jejich otce. Je arogantní, suverénní, nikoho nerespektuje, chová se jako ten největší, i když jeho somatický zevnějšek tomuto neodpovídá. Nevhodně a vulgárně se vyjadřuje o své matce, o svém otci naopak hovoří jako o svém vzoru. Sebepoškozuje se, řeže se a píchá ostrými předměty. Když jde do tuhého, buší hlavou a klouby o zeď, dokud neteče krev. Zmínil, že to je jediná cesta k úlevě od všeho toho, co cítí. Při projednávání nevhodného chování působil sebevědomě, bez pocitu studu či

viny. Při kritice na svou osobu je velice citlivý. Byl propuštěn do DDŠ na zkušební dobu. Chování se ustálilo. Kromě farmakoterapie doporučena ještě individuální i skupinová psychoterapie, muzikoterapie, canisterapie, hippoterapie, arteterapie a pracovní terapie.

Zpráva psychologa: Na vyšetření se dostavil v doprovodu pracovníka DDŠ, prý nevěděl, do čeho jde a chtěl pouze pocít jistoty z doprovodu. Doprovod poté opustil místnost, aby mohlo dojít k vyšetření. Většinu času si velmi stěžoval na matku, že se mu nevěnuje, neučí se s ním, nepovídá si s ním, nejdou navštívit otce do vězení, pořád jen lítá za muži. Při vyšetření se ale chová adekvátně, spolupracuje a hovoří. Řeč je i přes jeho věk místy infantilní, artikulačně neobratná, hůře srozumitelná. Čte slabikováním s chybami. Mnohem lépe než čtení a psaní zvládá technické práce, zajímá se o auta. Intelektové schopnosti v pásmu podprůměru. Rozvíjejí se závažné dyslektické a dysortografické obtíže. Doporučuje se pravidelné docházení na logopedická cvičení a návštěva PPP. Pravidelný nácvik výslovnosti a psaní doma. Při výuce čtení, psaní a počítání postupovat individuálně, krok po kroku. Využít možnosti IVP.

Zpráva sociální pracovnice: Na základě usnesení Okresního soudu byl umístěn do DDŠ Šindlovy dvory v roce 2006 z důvodu agresivního chování ve škole a k matce, vyhrožování újmou na zdraví a životě a nezvladatelnost. Do DDŠ byl umístěn z psychiatrické nemocnice pro socializované poruchy chování a agresivitu namířenou na sebe. V zařízení se dobře adaptoval. Jeho prosperita a chování je zatím bez závažnějších projevů. Respektuje autoritu pedagogických pracovníků a spolupracuje. Dodržuje režim a pravidla DDŠ. Dobře ho motivuje pochvala, ocenění a uznání. Měla jsem šanci navštívit prostředí, ve kterém zmíněný žije. Toto prostředí je silně nepodnětné. Žije společně s matkou a svými sourozenci v bytové jednotce o velikosti 1+1. Všichni chlapci přebývají v jednom pokoji, který sousedí s druhým. Do tohoto pokoje (kuchyně) si vodí matka své milence. Na základě tohoto a silného zanedbávání rodičovské péče byl chlapec vzat z výchovy matky a byla mu udělena ústavní výchova.

Zpráva etopeda: Petr je velmi milý chlapec, který bohužel pochází z nepříznivého rodinného prostředí. Odtud si s sebou přinesl mnoho emocí, které není schopen zpracovat. Je velice agresivní vůči sobě. Na domluvy reaguje dotčeně, někdy nepřiměřeně (mlácení s sebou do dveří, zdí, o zem). Objevuje se i počáteční drzost k pedagogickým pracovníkům. Mnohdy svádí vinu na ostatní, on sám za nic nemůže. Je ale vidět, že jeho pobyt v DDŠ je

více ku prospěchu chlapce. Chlapec je poslední dobou velmi uvolněný, bez napětí. Pokud se chlapec dostane z vlivu své rodiny, mohl by žít běžným životem. Prognóza je velmi dobrá.

Zpráva vychovatele: Ve většině času v DDS se chová již mírně. Byly ale zaznamenány časté známky sebepoškozování, často se řezal na rukou, poslední dobou se řeže na stehnech a to z důvodu utajení. Po důrazném nesouhlasu a neakceptování jeho chování byly jeho projevy eliminovány. Výchovné problémy nelze zvládnout běžnými pedagogickými prostředky, pro zmírnění agresivity, kterou směřuje proti sobě, je zapotřebí využití medikace. Do výchovných činností se zapojuje rád, rád se účastní sportovních aktivit, manuálních činností. Ve škole je nutný individuální přístup a dopomoc. Kontakt s rodiči je nepravidelný, otec je odsouzen, matka je málokdy k sehnání, chlapec ji ale vidět nechce.

Zpráva speciálního pedagoga: Byl poprvé vyšetřen pro výukové problémy. Minulé učitele spíše upoutaly jeho výchovné než výukové problémy. Žák byl zařazen mezi žáky se speciálně vzdělávacími potřebami a to z důvodů velkých nedostatků ve čtení, psaní, v počtech (především znaky dyskalkulie). Logopedickou péči rodiče nevyhledávali, na jeho nedostatky poukázala jeho paní učitelka v 1. třídě. Na logopedii docházel krátce. Zpočátku kontakt mírně nejistý, postupně komunikuje a dobře spolupracuje, artikulační neobratnosti. Při zrychleném tempu je řeč méně srozumitelná. Má obtíže s vizualizací a grafomotorikou, to je zapříčiněno zanedbáním rodičovské péče. Obtíže výchovného rázu jsou pravděpodobně spojeny s jeho matkou. Nikdy na něj neměla čas, vyčítá jí i své nedostatky ve škole, a že kvůli tomu vypadá za hlupáka.

Vlastní analýza:

- ✓ *Negativní vlivy pocházející z rodinného prostředí-* Narodil se do úplné rodiny, ve které žil se svou matkou, otcem a dalšími 3 sourozenci. Matka je momentálně na mateřské dovolené, otec si odpykává trest odnětí svobody. Žijí v malé bytové jednotce, kde chlapec nemá svůj pokoj. Matka často navštěvuje svého přítele mimo domov. Finanční zařízení rodiny tkví pouze v mateřských dávkách, což nemůže zcela jistě zajistit potřeby pětičlenné rodiny. Matka zcela jistě zanedbává péči už jen tím, že každý večer odchází pryč z bytu za svým přítelem a nechává tak nezletilé děti samotné doma. Otec také nemohl být příkladem pro své děti, alespoň pro ty nejstarší, protože je ve výkonu trestu odnětí svobody za trestnou činnost, bližší informace ale

o této činnosti nejsou známy. Rodinné prostředí pro výchovu a zaopatření tohoto chlapce je velmi nepodnětné.

- ✓ *Negativní vlivy pocházející ze sociálního prostředí-* Nejsou žádné známky ani informace, že by se uchýlil k závadové skupině a prováděl socio patologické chování, tzn. Kouření, krádeže, užívání THC, záškoláctví. Jeho největší problémy pocházejí naopak z rodinného prostředí. Není známo, že by měl nějaké kamarády. Ve škole se ke svým spolužákům, ale i k tzv. kamarádům choval hrubě, nadával jim, ubližoval. Po skončení činu toho vždy litoval, neudržel své emoce na uzdě.
- ✓ *Formy a projevy sebepoškozujícího chování-* Mezi projevy a formy sebepoškozování patří právě ty obecně známé, jako je řezání a píchání se ostrými předměty, ale i bušení hlavou a pěstmi do zdi, dokud mu neteče krev. Co se týče řezání, ze začátku se řezal pouze na horních končetinách, bylo to pro něj snazší. Z důvodu utajení, protože ho vždy štvalo, když se s ním takovéto jednání probíralo, se začal řezat na stehnech. Bylo to méně nápadné, protože většinu času mohl nosit dlouhé kalhoty a nikdo by si ničeho nevšiml. Velmi těžko snáší kritiku a pocit viny, z tohoto důvodu buší hlavou a pěstmi do zdi pro uvolnění napětí, které se v něm pne. Důvodem jeho sebepoškozování je určitě prioritně uvolnění napětí a emocí z důvodu nezájmu jeho matky o něj. V druhé řadě se může jednat o volání o pomoc. Demonstrativní či manipulativní rysy bych v tomto nehledala.
- ✓ *Formy a projevy poruch chování-* Mezi jeho poruchy chování patří socializovaná porucha chování. Tato socializovaná porucha chování se projevuje zejména disociálním a agresivním chováním trvalého rázu, krádežemi, záškoláctvím, agresí vůči svému okolí. Pokud si ale všimneme ve výše uvedené analýze anamnézy, u tohoto chlapce zcela chybí projevy typu záškoláctví, krádeže a další. Jeho porucha je především zaměřená agresivitou vůči své matce, kterou nenávidí za to, že podvádí jeho otce, že se o něj a jeho sourozence dostatečně nestará a nezajímá. Několikrát fyzicky napadl svou matku, škrtil ji, aby už nechodila za svým přítelem a byla doma. Za další je tato agresivita zaměřená proti jemu samotnému, kdy se snaží napětí a vztek uvolnit řezáním a mlácením sama sebe.
- ✓ *Prognóza-* Byl předán do péče VÚ.

6. 2 Analýza anamnézy DDÚ

Jméno: Eva

Pohlaví: žena

Rok narození: 2002

Věk: 13 let

Kraj: Jihočeský kraj

Umístění: DDÚ Homole v r. 2015, odchod v r. 2015

Diagnóza: agresivita, asociální až antisociální porucha chování, sebepoškozující chování

Medikace: trvalá medikace není

Osobní anamnéza: Těhotenství, porodní a poporodní stav je neznámý. Matka je známa jako narkomanka a to nejspíše i za doby těhotenství. Byla řádně očkována, vážnější onemocnění pouze u onemocnění dýchacích cest. Kvůli adenotomii byla hospitalizována. V r. 2014 byla hospitalizována kvůli sebepoškozujícímu chování (pořezala se na zápěstí horní končetiny). Není známa trvalá medikace. Navštěvuje 6. rokem ZŠ běžného typu. Pracuje ve škole jen, když se jí chce. Její chování se projevuje agresivitou, vulgaritami, nerespektováním autorit, sebepoškozujícím chováním, kouřením a prostitucí. Ona i starší sestra chodily pozdě v noci domů. Neposlouchaly babičku, které byly svěřeny do péče. Starší sestra babičku pobodala. Babička je s nimi v telefonickém kontaktu a občas si je bere na víkendy. Denní péči o ně ale nezvládá. V roce 2015 byla nařízena soudem ústavní výchova, do DDÚ se dostala kvůli závažným poruchám chování a emocí. Se sourozenci má velmi pěkný vztah. Dost často mluvila o užívání marihuany, o sebevraždě. Opakovaně se řezala ostrými předměty na předloktí. Měla již pohlavní styk, což bylo nahlášeno na PČR.

Rodinná anamnéza: Narodila se do rodiny, která byla soc. patologicky zatížená. Rodiče byli zbaveni odpovědnosti. Ona a její sourozenci byli přeřazeni do SOS vesničky, kde byly návštěvy jen od babičky. V roce 2012 byla, společně se svými sourozenci, svěřena do PP babičky (byla zároveň jejich poručnice). Přestěhovali se, a tak došlo k přetrhání vazeb se svými rodiči. Kvůli stavu babičky ale brzy putovali do DD, babička byla těžce nemocná. Matka je drogově závislá, zanedbávala péči o děti, neposílala je do školy, nic víc se neví. Otec je taktéž drogově závislý, nezaměstnaný, žije se svými rodiči a styk s dětmi je pouze o

letních prázdninách. Oba rodiče žijí v Plzni, děti se přestěhovaly s babičkou do Jižních Čech. Otec je závislý na drogách, známky toxické psychózy, deprese a navštěvoval zvláštní školu. Jeho bratr je schizofrenik.

Zpráva lékaře: V roce 2014 byla hospitalizována do dětské psychiatrické léčebny pro sebepoškozující chování, řezání se ostrými předměty na horních končetinách. Trvalá medikace není nastavena.

Zpráva psychologa: Kontakt navazuje opatrně s mírnou nedůvěrou. Poté velmi přehrává, koketuje, smysl práce je jí velmi jasný. O citlivých věcech mluví bez problému, předvádí se, žvaní, nepotřebuje povzbuzení, používá grimasy a úšklebky. Somaticky je bez viditelných vad. Je zde patrné sebepoškozující jednání (jizvy). Vizus odpovídá věku, první koitus ve 12 letech. Vzhled i oděv je čistý. Slovní projev je průměrný, obsahově přiměřený, vybavuje si pojmy, navazuje kontakt, nemá pochybnosti o svých zážitcích, používá vulgarismy, hovorový jazyk. Myšlení je nezabíhavé, má průměrně koncentrovanou pozornost, je familiární a rozvolněná, trochu i přidrží, nemá hranice vhodnosti daného chování. Drží linii rozhovoru, neodbíhá, paměť nenarušena, ale málo trénovaná. Mimika je živá, výrazně grimasuje, oční kontakt je silný. Posez je klidný, ale okusuje si nehty. Motoricky průměrně pohotová a pružná, afektivita průměrně regulovaná. Časté střídání nálad, ale bez explozivity. Je nevyrovnaná, jasně narušené postoje a hodnoty, omezená anticipace. Praktická úvaha zaměřená na sebeprospěch, pracovní tempo je přiměřeně rychlé. Místně i časově orientovaná, paměťové schopnosti podprůměrné, lepší je zde auditivní paměť. Má jednoduše strukturovanou osobnost, nedotvořená, extrovertní, nestálá, snadno se vzdává, je lehkovážná, samolibá, méně spolehlivá, nedbá závazků, chce být středem pozornosti. Je bez kvalitních cílů, odtržená od reality, citlivá na kritiku i pochvalu. Je cítit napětí, nejasná motivace. Je oslaben volní subsystém autoregulace osobnosti. Vyhýbá se odpovědnosti, neschopnost sebekontroly, emočně deprivovaná, disharmonická, disociální rysy, slabá integrace zátěže.

Zpráva sociální pracovnice: V raném dětství, pro zanedbávání rodičovské péče, přesunuta se svými sourozenci do SOS vesničky. Poté pěstounská péče, kterou zajišťovala babička. Z důvodu špatného zdravotního stavu byly všechny děti v r. 2015 přeraženy do DD, soudem byla nařízena ústavní výchova. Na základě usnesení Okresního soudu byla umístěna do DDÚ Homole v roce 2015 z důvodu agresivního chování k babičce, nezvladatelnosti jejího chování, prostituce a sebepoškozujícímu chování. Do DDÚ byla umístěna z DD pro

asocializované poruchy chování a agresivitu. V zařízení se dobře adaptovala. Její prosperita a chování je zatím bez závažnějších projevů. Nerespektuje autoritu pedagogických pracovníků. Snaží se částečně dodržovat režim a pravidla DDÚ. Dobře jí motivuje pochvala, ocenění a uznání. Měla jsem šanci navštívit prostředí, ve kterém byla vychovávána svou babičkou. Toto prostředí je velmi podnětné, avšak zdravotní stav babičky nedovoluje delší péči o dívku a její sourozence.

Zpráva etopeda: Eva působí mile. Je veselá a komunikativní. Ovšem za touto pózou skrývá „dračici“, která nerozumí všemu, co se okolo ní děje, neumí se se všemi emocemi poprat. Tyto situace řeší velmi často agresí namířenou proti ostatním dětem v DDÚ anebo proti sobě. Často se poškozuje a to dvojím způsobem. Buď nabízí své tělo cizím lidem anebo se řeže ostrými předměty na horních končetinách. Je velice vynalézavá a najde si cokoli a kdekoli, aby se mohla poškodit. Ač velmi rychle zapadla do kolektivu, její prognóza je taková, že její chování je závažné a velmi nebezpečné pro okolí.

Zpráva vychovatele: Při příchodu do DDÚ byla velmi veselá. Později začala ukazovat svou pravou tvář. Trápí ostatní děti, schovává jim věci, nadává jim, mlátí je. Když se to s ní řeší, začne si okusovat nehty a drápat se na ruku (drápe staré jizvy). Práce v kolektivu je s ní prakticky nemožná, snaží se být středem pozornosti a to za jakoukoliv cenu. Nebere ohledy na nikoho a na nic. Nebaví ji nic, z čeho nemá osobní prospěch. Často ze zařízení utíkala. Byly zaznamenány časté známky sebepoškozování. Když jí bylo vše ostré zabaveno, byla natolik vynalézavá, že před zařízením našla nejostřejší kamínek a aspoň tím se řezala. Také často rozebírala ořezávatka, kvůli ostrým částem. Se svými sourozenci je v telefonickém kontaktu, babička ji přijela dvakrát navštívit. Při noční směně vyhrožovala zabitím nočního vychovatele slovy „vezmu si nůž a půjdu ho/ji podříznout“. Je to velice nezvladatelná dívka.

Zpráva speciálního pedagoga: Byla již víckrát vyšetřena pro výchovné problémy. Žákyně není hloupá, ale odmítá spolupracovat. Nevidí důvod, k čemu to je. Logopedickou péčí nikdy nepotřebovala, mluví úměrně ke svému věku. Kontakt byl od počátku velice jistý a sebevědomý. Při zrychleném tempu je řeč stále srozumitelná, v řeči je velmi obratná. Nemá obtíže s vizualizací a grafomotorikou, protože se babička vždy o děti starala. Obtíže výchovného rázu jsou pravděpodobně spojeny s nepodnětným prostředím, které jí matka nastolila a také častému střídání místa pobytu.

Vlastní analýza:

- ✓ *Negativní vlivy pocházející z rodinného prostředí-* Dívka se narodila do úplné rodiny, která byla již od úplného začátku soc. patologická. Matka je drogově závislá, nejspíše byla i v těhotenství. Žije v Plzni, děti zanedbávala, neposílala je do školy. Otec je taktéž drogově závislý, žije v Plzni u svých rodičů a je nezaměstnaný. Oba rodiče byli zbaveni rodičovské odpovědnosti a děti byli přesunuti do SOS vesničky, kde je navštěvovala pouze jejich babička. Ta je v roce 2012 dostala do PP a zároveň se stala jejich poručnící. Přestěhovala se s nimi do Jižních Čech, aby došlo k přetrhání vazeb s jejich rodiči. Babička ale brzy onemocněla, a tak byly všechny děti umístěny do DD, odkud tato dívka byla přerazena do DDŠ Šindlovy Dvory. Zde je jasné, že rodinné prostředí, ve kterém žila se svými rodiči, bylo zcela nepodnětné pro výchovu dětí.
- ✓ *Negativní vlivy pocházející ze sociálního prostředí-* Z důvodu jejího nepodnětného rodinného prostředí se uchýtila k soc. patologické skupině vrstevníků, se kterými se toulala, kouřila, užívala THC a občas se přikláněla i k prostituci. Domů chodila v pozdních nočních hodinách. Je schopna adaptovat se do odlišného sociálního prostředí, ale není schopna navázat příznivé, přátelské vztahy. Děti svého věku trápí, schovává jim věci, nadává jim, slovně i fyzicky napadá. K dospělým se až nezdravě upíná, hledá v nich jistoty a lásku.
- ✓ *Formy a projevy sebepoškozujícího chování-* Mezi projevy sebepoškozujícího chování patří jednak prostituce, neboli nabízení vlastního těla cizím lidem za předem ujednanou cenu. Dalším projevem je řezání se ostrými předměty a to prakticky čímkoliv, čím to lze. Například si našla ostrý kamínek. Řeže se převážně na horních končetinách. Její sebepoškozování je hlavně z důvodu uvolnění napětí, ale je zde možný i demonstrativní charakter.
- ✓ *Formy a projevy poruch chování-* Mezi její hlavní diagnostikované poruchy patří nejprve agresivita, která je zaměřená proti jejímu okolí, ať už se jedná o členy rodiny (např. babička), její vrstevníky (trápení dětí v DDÚ) anebo autority (vyhrožování nočnímu vychovateli). Mezi další patří sebepoškozující chování a asociální až antisociální poruchy chování. Asociální je v rozporu se společenskou morálkou, jejich nositel porušuje společenské normy, ale jejich intenzitou ještě nepřekračuje právní předpisy, svým jednáním poškozují především sám sebe, například

tabakismus, alkoholismus, toxikomanie. Je zde už nutný speciálně pedagogický-etopedický přístup a prostředky. Antisociální je nejzávažnější stupeň, chování protispolečenské (veškeré protispolečenské chování bez ohledu na věk, původ a intenzitu činu), poškozuje společnost i jedince, ohrožuje nejvyšší hodnoty včetně lidského života, nositel porušuje zákony (trestná činnost jako krádeže, loupeže, vandalství, sexuální delikty, organizovaný zločin, zabití, vraždy,...), cílem je znovu začlenění do společnosti, je zde vysoká pravděpodobnost recidivy. Mezi projevy patří noční toulky, prostituce, fyzické i slovní napadání svého okolí, trápení svých vrstevníků, vulgarismy, nerespektování autorit, kouření, záškoláctví.

- ✓ *Prognóza-* Byla předána do péče VÚ Černovice.

Jméno: Roman

Pohlaví: muž

Rok narození: 1996

Věk: 19 let

Kraj: Vysočina

Umístění: DDÚ Homole v r. 2013, odchod v r. 2013

Diagnóza: ADHD, nesocializovaná porucha chování, sebepoškozující chování

Medikace: tiserцин, orfiril, olanzapin

Osobní anamnéza: Chlapec pochází z 2. těhotenství a z 2. porodu matky. Porod byl přirozený a spontánní. O rodině se nic moc neví. Měl časté záněty horních i dolních cest dýchacích, dyspepsie. Měl sebevražedný úmysl, demonstrativní suicidium (spolykal neznámé léky). Byl psychiatricky medikován- orfiril a olanzapin. Krom spolykání léků, buší do zdi hlavou a pěstmi. Navštěvoval 9. ročník ZŠ běžného typu. Jsou s ním problémy, když se cítí ukřivděn, tak má agresivní záchvat a to nejen na svém okolí, ale i na sobě, nekontroluje se. Prospěch má velmi špatný. Ohání se svými právy, ale povinnosti nedodržuje. Kradl doma peníze, lhal a kouřil. Má silné výchovné problémy, napadá spolužáky, nezvladatelné chování, sebepoškozování a nerespektování rodičů. Pobyt mu byl předběžně ukončen, fyzicky napadl vychovatele.

Rodinná anamnéza: Pochází z úplné adoptivní rodiny, která ho adoptovala ještě jako kojence. O biologické rodině se dozvěděl až v DDÚ. Setkal se s ní, ale ta ho odmítla. Jako kojeneček byl velmi často nemocný, biologická matka nezvládla péči o něj, a tak ho dala do kojeneckého ústavu, odtud byl osvojen. Nyní žije v řadovém domku se zahradou a má 1 nevlastní sestru. Nahoře v domku má svůj pokoj, dole je dílna, kde oba rodiče pracují. Sestra studuje SŠ, rodiče jsou zaměstnaní jako OSVČ.

Zpráva lékaře: V roce 2013 byl hospitalizován pro pokus o sebevraždu, kdy spolykal léky neznámého typu. Byla diagnostikována nesocializovaná porucha osobnosti (F91.1), ADHD a sebepoškozující chování. Jeho vývoj osobnosti je dysharmonický a směřuje ke smíšené poruše osobnosti. Byl nasazen tiserцин, orfiril a olanzapin.

Zpráva psychologa: Kontakt navazuje opatrně s mírnou nedůvěrou. Poté velmi přehrává, koketuje, smysl práce je mu velmi jasný, není zde poprvé. O citlivých věcech mluví bez problému, předvádí se, žvaní, nepotřebuje povzbuzení, používá grimasy a úšklebky. Somaticky je bez viditelných vad. Je přítomno sebepoškozující chování, má jizvy na kloubech na zápěstí, odřeniny na čele. Je přehnaně uctivý, afektovaný. Má průměrnou slovní zásobu, je méně koncentrovaný, u méně používaných slov nezná význam, mluví velmi hovorově, používá vulgarismy. Řeč je bez koktání. Myšlení je vágní, stereotypní, potřebuje povzbuzovat. Paměť je klinicky nenarušena. Mimika je živá, výrazně grimasuje, oční kontakt je silný. Motoricky je pohotový a pružný. Časté střídání nálad s explozivitou. Je nevyrovnaný, jasně narušené postoje a hodnoty, omezená anticipace. Místně i časově orientovaný, paměťové schopnosti průměrné. Má jednoduše strukturovanou osobnost, extrovertní, nestálý, snadno se vzdává, je lehkovážný, samolibý, méně spolehlivý, nedbá závazků, chce být středem pozornosti. Je bez kvalitních cílů, odtržený od reality. Je cítit napětí, nejasná motivace. Vyhýbá se odpovědnosti, neschopnost sebekontroly, emočně deprivovaný (biologická rodina ho odmítla). Nízká tolerance zátěže.

Zpráva sociální pracovnice: V kojeneckém věku byl odložen do kojeneckého ústavu, odtud byl osvojen adoptivní rodinou. Pro výchovné problémy byla ale v roce 2013 nařízena soudem ústavní výchova. Na základě usnesení Okresního soudu byl umístěn do DDÚ Homole v roce 2013 z důvodu agresivního chování a nezvladatelného chování ke svým osvojitelům. Dle popisu sociální pracovnice, která spolupracovala dříve s adoptivní rodinou, bylo jeho rodinné prostředí podnětné a velmi dobré pro výchovu.

Zpráva etopeda: Roman je velice samolibý a nevypočitatelný. Na jednu stranu se tváří kamarádsky, na druhou stranu, pokud vidí zisk, je schopen jít i přes mrtvoly. V našem zařízení je již podruhé. Jeho motivací pro vhodné chování byla vidina návštěv rodiny o víkendech. Jeho chování se ovšem dost měnilo. Velmi často agresivně vybuchuje. Nyní se nachází ve VÚ. Trpí závažnými poruchami chování a sebepoškozujícími tendencemi. Neustále bude ovšem třeba dohled nad jeho jednáním a kontrola, vedení. Je nebezpečný pro své okolí.

Zpráva vychovatele: Při příchodu do DDÚ byl velice skleslý, pasivní a zklamaný. Dozvěděl se, že je adoptovaný a také je v našem zařízení již podruhé. V jeho nitru se tedy odehrávají dva boje. Nejprve ho odmítla biologická rodina a nyní jeho adoptivní. Je velice

komunikativní, na druhou stranu ale zákeřný. Neustále narušuje skupinovou práci, lze s ním (i když s obtížemi) pracovat pouze individuálně.

Zpráva speciálního pedagoga: Byla již víckrát vyšetřen pro výchovné problémy. Prospěch má velmi špatný, i přesto, že je jeho IQ průměrné. Neobjevují se zde výrazné znaky dysgrafie, dyslexie či dyskalkulie. Výukové problémy jsou způsobeny leností, nechutenstvím se učit a výchovnými problémy. Rodina se snažila s ním na učení zapracovat, ale odmítal jakkoliv spolupracovat.

Vlastní analýza:

- ✓ *Negativní vlivy pocházející z rodinného prostředí-* Jeho biologická matka ho odložila do kojeneckého ústavu pro jeho častou nemocnost, a zároveň pro její neschopnost postarat se o něj. Jako kojeneček byl osvojen spořádanou rodinou, která mu poskytla velmi podnětné rodinné a výchovné prostředí. Oba adoptivní rodiče pracují, mají zázemí pro výchovu dětí. Nejsou zde žádné negativní vlivy pocházející z rodinného prostředí. O své biologické rodině, která ho následně odmítla, se dozvěděl až v DDÚ.
- ✓ *Negativní vlivy pocházející ze sociálního prostředí-* Nejsou zde známy konkrétní negativní vlivy pocházející z jeho sociálního prostředí. I když to není jasně potvrzeno, nejspíše se uchýlil k závadové skupině vrstevníku, jelikož doma začal krást peníze, začal kouřit a lhal. Ve škole napadal své spolužáky a nerespektoval autority.
- ✓ *Formy a projevy sebepoškozujícího chování-* Jednou spolykal léky neznámého typu. Zde by se dalo uvažovat o záměrném suicidum, které se ale nepodařilo uskutečnit. Mezi projevy sebepoškozujícího chování patří bušení pěstmi a hlavou do zdi. Toto se projevuje při negativní kritice a při uvolnění vzteku, který obrací proti sobě. Tyto projevy se nedají chápat jako demonstrativní jednání, spíše se jedná o uvolnění napětí a volání o pomoc. Chlapec prožívá mnoho emocí, kterým ve svém věku nerozumí. Jednak se dozví, že je adoptovaný, následně ho odmítne biologická rodina po znovusetkání. Má pocit, že ho odmítá i jeho adoptivní rodina, když ho nechá umístit do DDÚ. Tyto pocity odmítnutí jsou doprovázeny emocemi, se kterými si tento chlapec neumí poradit.
- ✓ *Formy a projevy poruch chování-* Mezi jeho diagnózy patří jednak ADHD, sebepoškozující chování, ale taktéž nesocializovaná porucha chování. Tato porucha chování se projevuje kombinací trvalého disociálního nebo agresivního chování

s výrazným pervazivním narušením vztahu jedince k ostatním dětem. Je dvojího typu, a to samotářského agresivního anebo nesocializovaná agresivní porucha. Mezi jeho konkrétní projevy patří záškoláctví, krádeže, lhaní, kouření, fyzické a slovní napadání svého okolí.

✓ *Prognóza*- Byl předán do péče VÚ.

Jméno: Marika

Pohlaví: žena

Rok narození: 2000

Věk: 15 let

Kraj: Jihočeský kraj

Umístění: DDÚ Homole v r. 2014, odchod v r. 2014

Diagnóza: agresivita, asociální porucha chování, sebepoškozující chování

Medikace: zoloft, medorisper

Osobní anamnéza: Pochází z prvního těhotenství a prvního porodu matky. Informace o těhotenství a porodu nejsou známy. Jediné, co je známé, že to byl klešťový a dlouhý porod. Byla řádně očkovaná. Byla hospitalizovaná kvůli řezání na zápěstí a kotníku. Medikace zoloft a medorisper, několikrát navýšeno. Je vegetariánka. Je u ní sledován hlavně příjem stravy. Netrpěla závažnými onemocněními, pouze běžnými dětskými. Předběžné opatření bylo vydáno soudem v roce 2014. Své problémy řeší útěky a řezáním, například hádku s matkou. Otec i matka berou antidepressiva. Je to silná kuřačka. Ve škole vyhrožovala svým spolužákům, byla drzá, napadala spolužáky, vyhrožovala sebevraždou (např. mokré prsty do zásuvky, nůžky ke krku).

Rodinná anamnéza: Otec a matka měli spolu družský vztah. Otec do anamnézy nebyl uveden, ale původem to je Španěl. Otce naposledy viděla jako malá, teď spolu udržují pouze telefonický kontakt. Žije ve společné domácnosti s matkou, bratrem a přítelem matky, do výchovy zasahuje hodně babička ze strany matky. Žijí v bytové jednotce 1+1, nemá svůj vlastní pokoj, spí v pokoji se svou matkou a bratrem. Domácnost je vedena v pořádku a čistotě.

Zpráva lékaře: V roce 2014 byla hospitalizována do dětské psychiatrické léčebny pro sebepoškozující chování, řezání se ostrými předměty na zápěstí a kotníku. Také řešeno její suicidální výhrůžky, kdy se snažila mokré prsty strčit do zásuvky anebo si ve škole přiložila ke krku ostré nůžky. Byla nastavena medikace zoloft a medorisper, jejichž dávky se stále upravují, většinou navyšují.

Zpráva psychologa: Kontakt navazuje ze začátku s mírnou nedůvěrou. Poté se opatrně otevírá a svěřuje, její duše je velmi zlomená, cítí se být k ničemu. Smysl práce je jí velmi jasný. O citlivých věcech mluví s obtížemi, občas mlčí. Potřebuje povzbuzovat v tématu. Somaticky je velice drobná, je to vegetariánka. Občas nejí vůbec, musí se jí hlídat stravování.. Je zde patrné sebepoškozující jednání na zápěstí. Hovoří i o řezání na kotníku, začala s tím, aby jí nikdo neotravoval, proč se řeže, je to méně viditelné. Vizus téměř odpovídá věku, první koitus ve 14 letech. Vzhled i oděv je čistý, má velmi osobitý styl, převážně punk. Slovní projev je velmi dobrý, obsahově přiměřený, vybavuje si pojmy, bojí se navazovat kontakt, neudrží pohled do očí. Převažuje hovorový jazyk. Myšlení je často konkrétní, občas vzbuzuje dojem snílka. Je velmi koncentrovaná, pokud má dobrou náladu. Pokud je smutná, mnohdy si ani neuvědomuje, že na ni někdo mluví. Drží linii rozhovoru, neodbíhá, paměť nenarušena, ale málo trénovaná. Mimika je strnulá, výrazně grimasuje při citlivém tématu. Posez je neklidný, škrábe si kůži na prstech. Motoricky průměrně pohotová a pružná. Časté střídání nálad, ale bez explozivity. Je nevyrovnaná, jasně narušené postoje a hodnoty, omezená anticipace. Pracovní tempo je přiměřeně rychlé. Nemyslí na osobní prospěch, snaží se vyjít vstříc všem, až je z toho vždy zklamaná. Místně i časově orientovaná, paměťové schopnosti nadprůměrné. Její osobnost je složitě strukturovaná, problémy se v ní vyznat má i ona sama. Říká, že jsou dny, kdy se cítí v pohodě a dny, kdy se v ní bije smutek, radost a vztek a neví, jak z toho ven. Pomáhá jí, když se řízne. Jejím největším cílem je naučit se španělsky a odjet za svým otcem.

Zpráva sociální pracovnice: Na základě usnesení Okresního soudu byla umístěna do DDÚ Homole v roce 2014 z důvodu agresivního chování ke svému okolí, nezvladatelnosti jejího chování, suicidálních tendencí a sebepoškozujícímu chování. Do DDÚ byla umístěna z rodinného prostředí pro asocializované poruchy chování a agresivitu. V zařízení se dobře adaptovala. Její prosperita a chování je zatím bez závažnějších projevů. Nerespektuje autoritu pedagogických pracovníků. Snaží se dodržovat režim a pravidla DDÚ. Dobře jí motivuje pochvala, ocenění a uznání. Měla jsem šanci navštívit prostředí, ve kterém byla vychovávána svou matkou. Toto prostředí je velmi nepodnětné, žije společně se svou matkou, sourozencem a přítelem matky v bytové jednotce o velikosti 1+1. Ve svém věku, kdy potřebuje osobní prostor, jí není a nemohl být dopřán. V roce 2014 bylo soudem vydáno předběžné opatření.

Zpráva etopeda: Marika působí mile a přátelsky, ale přesto je velmi smutná a jednoduše se nechá vytočit. Je přiměřeně komunikativní. Nerozumí všemu, co se okolo ní děje, neumí se se všemi emocemi poprat. Tyto situace řeší velmi často agresí namířenou proti svému okolí anebo proti sobě. Často se poškozuje a to řezáním na zápěstí anebo na kotníku. Je velice vynalézavá a najde si cokoli a kdekoli, aby se mohla poškodit. Při odborné a důkladné péči by mohla být její prognóza lepší, než je do teď.

Zpráva vychovatele: Při příchodu do DDÚ byla velmi rozladěná. Nevěděla, proč ji tam mamka dala, co se s ní bude dít, neměla tu z počátku žádné kamarády. Později začala více komunikovat, až velmi otevřeně, aby si získala přízeň vychovatelů a ostatních dětí. Trápí se kvůli rodinné situaci. Když se to s ní řeší, uzavře se do sebe a s nikým nemluví. Práce v kolektivu je s ní prakticky možná, záleží ovšem jakou má náladu. Občas se snaží být středem pozornosti, ale velmi rychle se vzdává. Je zajímavé, že mimo DDÚ byla vždy velmi živá, ale tady je velmi pasivní a zamyšlená sama do sebe. Nejvíce ji baví malování a vaření. Byly zaznamenány časté známky sebepoškozování. Když jí bylo vše ostré zabaveno, byla najít si cokoli, čím by se mohla pořezat. Rozebírala ořezávkou, kvůli ostrým částem. Se svou rodinou je v telefonickém kontaktu, matka ji přijela je jednou navštívit.

Zpráva speciálního pedagoga: Marika je velice šikovná a nadaná žákyně. Je velmi šikovná jak v učení, tak i v praktických činnostech. Má ale velký problém udržet pozornost na hodině, mnohdy i spí. Jindy je docela aktivní. Svěřila se, že by se ráda vyučila barmankou, naučila anglicky a španělsky, aby mohla jet do Španělska pracovat a také být s tátou.

Vlastní analýza:

- ✓ *Negativní vlivy pocházející z rodinného prostředí-* Narodila se do úplné rodiny. Ač otec není v anamnéze uveden, je to cizinec pocházející ze Španělska, který momentálně udržuje se svou dcerou pouze telefonický kontakt. Dívka žije ve společné domácnosti se svou matkou, bratrem a přítelem matky. Žijí v malé bytové jednotce, kde dívka obývá společný pokoj s matkou a svým bratrem. Zde je patrné, že dívka v tomto věku potřebuje své soukromí, svůj osobní prostor, který ji nebyl dopřán. Byt je ale udržován v čistotě. Negativní vlivy pocházející z rodinného prostředí nejsou zcela patrné, jelikož se matka snaží dopřát svým dětem, co je potřeba. Je zde ale záznam, že oba rodiče jsou uživateli antidepresiv. Je zde proto možná jistá dědičnost psychické poruchy, která vede k poruchám chování.

- ✓ *Negativní vlivy pocházející ze sociálního prostředí-* Není známo, zda se uchýtila k nějaké soc. patologické skupině vrstevníků, ví se pouze, že kouří, utíká z domova, toulá se, napadá své spolužáky atd. Co se týče toho kouření a útěků z domova. Pokud není matka kuřačka, musela k tomuto návyku někde přijít, mohla by za tím být skupina vrstevníků. Útěky z domova a toulky, musela někam nebo za někým utíkat. Zde je tudíž taktéž patrný náznak druhé osoby anebo skupiny osob. Sama to ale nikdy nepřiznala.
- ✓ *Formy a projevy sebepoškozujícího chování-* Její sebepoškozující chování se projevuje častými řeznými ranami na horních a dolních končetinách, konkrétně na zápěstí a na kotníku. Projevují se ale u ní i extrémní sebepoškozující tendence, kdy si namočí prsty do vody a vyhrožuje, že je strčí do zásuvky. Anebo vezme ostré nůžky, přiloží si je ke krku a vyhrožuje, že si podřeže hrdlo. Její sebepoškozování bych charakterizovala dvojím způsobem. Co se týče řezání na zápěstí a kotníku, jedná se o určité uvolnění z nahromaděných emocí, které není schopna sama adekvátně zpracovat. Co se týče jejích extrémních projevů, jedná se o určitou manipulaci se svým okolím. Manipuluje, ovlivňuje jejich jednání, snaží se je přimět, aby ji poslouchali, aby udělali, co si ona představuje. Kombinace těchto dvou typů je opravdu velmi nebezpečná.
- ✓ *Formy a projevy poruch chování-* Mezi její diagnostikované poruchy patří především agresivita, sebepoškozující chování a asociální poruchy chování. Myslím si, že není třeba vysvětlovat agresivitu a sebepoškozující chování, je potřeba se ale zaměřit na asociální poruchy chování. Asociální je v rozporu se společenskou morálkou, jejich nositel porušuje společenské normy, ale jejich intenzitou ještě nepřekračuje právní předpisy, svým jednáním poškozují především sám sebe, například tabakismus, alkoholismus, toxikomanie. Je zde už nutný speciálně pedagogický- etopedický přístup a prostředky. Konkrétně se to u této dívky projevuje kouřením, je to opravdu velmi silná kuřačka. Za další sebeřezáním, napadáním svých spolužáků, drzostí, nerespektováním autorit, snaha o manipulaci svého okolí.
- ✓ *Prognóza-* Byla předána do péče VÚ Černovice.

Jméno: Antonín

Pohlaví: muž

Rok narození: 2002

Věk: 15 let

Kraj: Jihočeský kraj

Umístění: DDÚ Homole v r. 2014, odchod v r. 2014

Diagnóza: agresivita, sebepoškozující chování, nesocializovaná porucha osobnosti

Medikace: trvalá medikace není

Osobní anamnéza: Pochází z prvního těhotenství a prvního porodu matky. Porod byl spontánní a přirozený. Byl řádně očkován. Prodělal v dětství běžné nemoci jako například laryngitida a angina. Jinak by bez zdravotního omezení. Navštěvuje 5. ročník ZŠ běžného typu. Ve škole je neukázněný, vznehlivý, odmítal na hodinách pracovat. Jeho dobrovolný pobyt v DDÚ iniciovala babička. Objevily se u něj známky sebepoškozujícího chování. Ze strany otce se vyskytuje alkoholismus. Ze strany matky, její otec, se také vyskytuje alkoholismus a drogová závislost (marihuana). Není nijak medikován. Přebývá se svými sourozenci u své babičky (matka otce). Objevuje se u něj afektované chování, bušení do předmětů, lhaní. Nadává svému dědovi. Má výchovné problémy ve škole, napadá své spolužáky.

Rodinná anamnéza: Narodil se do rodiny, kde matka s otcem žijí v družském poměru. Byl svěřen výhradně do péče matky. Má nevlastního bratra a nevlastní sestru. Poté byly všechny děti svěřeny do PP babičky (matka otce). Otec je dělník. Matka zneužívala návykové látky, nyní je dělnice, podílí se na výchově chlapce, je s ním v kontaktu. V roce 2013 byl svěřen do PP babičky. S babičkou a jejím manželem žijí v bytové jednotce o velikosti 2+1. Chlapec má svůj pokoj. Babička je prodavačka, děda je v invalidním důchodu. Dávky rodina nepobírá.

Zpráva lékaře: V roce 2014 byl hospitalizován do dětské psychiatrické léčebny pro sebepoškozující chování, bušení hlavou a pěstmi do předmětů, hlavně do zdi. Trvalá medikace není nastavena.

Zpráva psychologa: Kontakt navazuje opatrně s plnou důvěrou. Poté velmi ukazuje frajerské chování, smysl práce mu ale není velmi jasný. O citlivých věcech mluví bez problému, nepotřebuje povzbuzení, používá grimasy a úšklebky, vulgární gesta. Je zde jen zřídka patrné sebepoškozující jednání (odřeniny). Vizus neodpovídá věku. Pohlavní styk ještě neměl. Vzhled i oděv je čistý, sportovní. Slovní projev je podprůměrný, obsahově nepřiměřený, vybavuje si zřídka pojmy, navazuje silný kontakt, nemá pochybnosti o své osobě, používá vulgarismy, hovorový jazyk. Myšlení je často zabíhavé, má málo koncentrovanou pozornost, rozvolněný, trochu i přidržený, nemá hranice vhodnosti daného chování. Málokdy drží linii rozhovoru, odbíhá, paměť nenarušena, ale málo trénovaná. Mimika je živá, výrazně grimasuje, oční kontakt je silný. Posez je neklidný. Motoricky podprůměrně pohotový a pružný. Časté střídání nálad, s explozitivou, často ale převažuje pasivita. Je nevyrovnaný, jasně narušené postoje a hodnoty, omezená anticipace. Praktická úvaha zaměřená na sebeprospěch, pracovní tempo je nepřiměřeně rychlé. Místně i časově málo orientovaný, paměťové schopnosti podprůměrné. Má jednoduše strukturovanou osobnost, nedotvořená, extrovertní, nestálý, snadno se vzdává, je lehkovážný, samolibý, méně spolehlivý, nedbá závazků, chce být středem pozornosti. Je bez kvalitních cílů, odtržený od reality, citlivý na kritiku.

Zpráva sociální pracovnice: Po odchodu otce z domácnosti byl svěřen do výhradné péče matky. Pro její drogovou závislost byl v roce 2013 svěřen do PP babičky ze strany otce. Na základě usnesení Okresního soudu byl umístěn do DDÚ Homole v roce 2014 z důvodu agresivního chování k dědovi, nezvladatelnosti jeho chování ve škole a sebepoškozujícímu chování. Do DDÚ byla umístěna z rodinného prostředí babičky pro nesocializované poruchy chování a agresivitu. V zařízení se dobře adaptoval. Její prosperita a chování je zatím bez závažnějších projevů. Nerespektuje autoritu pedagogických pracovníků. Snaží se částečně dodržovat režim a pravidla DDÚ. Dobře ho motivuje pochvala, ocenění a uznání. Měla jsem šanci navštívit prostředí, ve kterém byla vychovávána svou babičkou. Toto prostředí je velmi podnětné.

Zpráva etopeda: Tonda působí mile, ale přesto z něj vyzařuje postoj alfy. Je velice komunikativní. Musí mít vždy poslední slovo, za jakoukoliv cenu. Většinou se stává, že není po jeho a tyto situace řeší velmi často agresí namířenou proti ostatním dětem v DDÚ anebo proti sobě, například silné bušení hlavou a pěstmi do zdi, lavice atd. Několikrát se pokusil o útěk, ale vždy byl včas chycen. Rodina ho moc nenavštěvuje, komunikují přes telefon.

Zpráva vychovatele: Při příchodu do DDÚ byl velmi komunikativní a přátelský. Snažil se od první chvíle udělat dobrou pověst a utvořit v ostatních pocit, že je „nadsamec“. Později se začal chovat svým klasickým způsobem, tak jak se choval doma a ve své domovské škole. Trápí ostatní děti, schovává jim věci, nadává jim, mlátí je. Když se to s ním řeší, začne si vymýšlet, házet vinu na ostatní, zaujímá postoj „já nic, já muzikant“. Práce v kolektivu je s ním možná za předpokladu, že je zaměstnán činností navíc, aby neměl čas otravovat své kolegy. Snaží se být za každou cenu středem pozornosti. Nebere ohledy na nikoho a na nic. Nebaví ho nic, z čeho nemá osobní prospěch, občas ho baví něco malovat, ale to je opravdu jen zřídka kdy. Často ze zařízení utíkal. Byly zaznamenány časté známky sebepoškozování.

Zpráva speciálního pedagoga: Byla již víckrát vyšetřena pro výchovné problémy. Žák má ale také závažné výukové problémy, které jsou způsobeny zanedbáním rodičovské péče, jeho prarodiče ovšem nestihly tyto problémy, v rozpuku, již eliminovat. Má výrazné potíže s grafomotorikou, správným posezem a držením psacího náčiní. Objevují se zde rysy dysgrafie, dyslexie a dyskalkulie.

Vlastní analýza:

- ✓ *Negativní vlivy pocházející z rodinného prostředí-* Narodil se do úplné rodiny, kde žil se svým otcem, matkou a svými sourozenci. Po odchodu otce byl svěřen do výhradné péče své matky. Nyní je se svými sourozenci v PP babičky, ze strany otce. Nyní žijí ve velmi podnětném rodinném i výchovném prostředí. Nicméně, než byl převzat do péče babičky, žil s matkou, která je drogově závislá a zanedbávala péči o své děti. Otec jejich matky je závislý na alkoholu a ze strany jejich otce se taktéž objevuje závislost na alkoholu. Ač je tedy jejich prostředí nyní podnětné, vyrůstali v prostředí, kde se objevovali závislosti, a není vyloučeno, že takto jejich matka žila i v době těhotenství, což mohlo mít výrazný vliv na jejich prenatální vývoj a možné poruchy chování, které se u něj později objevily.
- ✓ *Negativní vlivy pocházející ze sociálního prostředí-* Nejsou zde známy negativní vlivy pocházející z jeho sociálního prostředí ani, zda se uchýlil k soc. patologické skupině vrstevníků. Jeho projevy chování se nevyznačují tabakismem ani alkoholismem. Pouze lhaním a agresivním chováním vůči svým spolužákům, učitelům a rodině (konkrétně k dědovi, manžel babičky, u které přebývá).
- ✓ *Formy a projevy sebepoškozujícího chování-* Mezi projevy a formy jeho sebepoškozujícího chování patří především bušení pěstmi a hlavou do předmětů,

speciálně do zdi. Jedná se především o uvolnění napětí a emocí při negativní kritice anebo při tom, když se mu nedaří docílit všeho, čeho docílit chtěl.

- ✓ *Formy a projevy poruch chování-* Byla mu diagnostikována agresivita, sebepoškozující chování a především nesocializovaná porucha chování. Tato porucha chování se projevuje kombinací trvalého disociálního nebo agresivního chování s výrazným pervazivním narušením vztahu jedince k ostatním dětem. Je dvojího typu, a to samotářského agresivního anebo nesocializovaná agresivní porucha. U tohoto chlapce se projevuje konkrétním chováním, jako je afektované chování, lhaní, mlácení do předmětů, slovní i fyzické napadání svého okolí.
- ✓ *Prognóza-* Byl předán do péče VÚ.

Jméno: Simona

Pohlaví: žena

Rok narození: 1999

Věk: 16 let

Kraj: Jihočeský kraj

Umístění: DDÚ Homole v r. 2014, odchod v r. 2014

Diagnóza: sebepoškozující chování, hyperkinetická porucha chování směřující ke smíšené poruše osobnosti

Medikace: medikaci neužívá

Osobní anamnéza: Pochází z druhého těhotenství a druhého porodu matky. Porod proběhl bez komplikací. Byla řádně očkována. Prožila běžná dětská onemocnění. Objevily se u ní znaky ADHD a úzkostných stavů, taktéž neurotické projevy. V roce 2011 se poprvé objevily sebepoškozující tendence, ve škole na WC se pořezala nůžkami na zápěstí. V roce 2012 byla hospitalizována pro požití neznámých léků. Objevila se u ní autoagresivita i heteroagresivita, a proto byla předána do dětské psychiatrické léčebny v Opařanech. Léčba probíhala smíšeným typem terapie, tedy farmakoterapií a psychoterapií. Trvalou medikaci neužívá. Je žákyní 8. ročníku ZŠ běžného typu, ve škole se chová mile a slušně. Opakované demonstrativní sebepoškozující chování, z tohoto důvodu předána do DDÚ Homole. Její chování se projevovalo krádežemi, kouřením, nedodržováním hygieny, nerespektováním otce ani jeho ženy. Zapalovačem pálila hmyz, vymočila se nevlastní matce do postele, vypustila jí pneumatiky, vyzvracela se jí do jídla.

Rodinná anamnéza: Narodila se do úplné rodiny. Po rozvodu rodičů žila s matkou. Přestěhovala se společně se svou matkou a svými sourozenci do rodinného domku, kde žila i babička. Po mnohých neshodách s babičkou se odstěhovali do pronájmu za matčíným přítelem. Kvůli pozdějšímu zanedbávání péče byla svěřena v roce 2011 do péče otce a jeho nové ženy. Získala tím 3 nevlastní sourozence. Matka pak již nejevila o dceru zájem a nestýkaly se. Otec se znovu oženil a je v částečném invalidním důchodu, nevlastní matka je na mateřské dovolené.

Zpráva lékaře: V roce 2011 byla poprvé hospitalizována pro sebepoškozující chování demonstrativního typu, kdy si na školním WC pořezala zápěstí nůžkami. Poté byla propuštěna zpět domů. Znovu byla hospitalizována v roce 2012, kdy spolykala neznámé léky neznámého množství, zase byl zde jasný pokus o demonstrativní suicidium. O několik měsíců později byla hospitalizována pro autoagresivní chování. Léčba probíhala farmakoterapií a psychoterapií. Trvale medikace není nastavena.

Zpráva psychologa: Kontakt navazuje opatrně s mírnou nedůvěrou. Poté velmi přehrává, až příliš slušná, milá a přátelská, spíše odevzdaná. Smysl práce je jí nejasný. O citlivých věcech mluví s obtížemi, potřebuje povzbuzení, mimika je velmi strnulá. Somaticky je bez viditelných vad. Je zde patrné sebepoškozující jednání (jizvy). Vizus odpovídá věku, ještě neproběhl první koitus. Vzhled i oděv je nečistý, nedodrží hygienu, neučesaná. Slovní projev je průměrný, obsahově přiměřený, vybavuje si pojmy, ale nenavazuje kontakt, má pochybnosti o sobě, ale nepoužívá vulgarismy, jen hovorový jazyk. Myšlení je nezabíhavé, má průměrně koncentrovanou pozornost, je spíše uzavřená, nedůvěřivá, stydí se. Drží linii rozhovoru, neodbíhá, paměť nenarušena, ale málo trénovaná. Mimika je strnulá, výrazně grimasuje pouze při nesouhlasu, oční kontakt chybí. Posez je neklidný, hraje si s vlasy a prsty. Motoricky průměrně pohotová a pružná, afektivita průměrně regulovaná. Časté střídání nálad, ale bez explozivity. Je nevyrovnaná, jasně narušené postoje a hodnoty. Praktická úvaha zaměřená na lítost, nehledá problém, jen chce, aby jí ostatní litovali. Pracovní tempo je přiměřeně rychlé. Místně i časově orientovaná, paměťové schopnosti průměrné. Má jednoduše strukturovanou osobnost, nedotvořená, introvertní, nestálá, snadno se vzdává. Je bez kvalitních cílů, odtržená od reality, citlivá na kritiku i pochvalu. Je velmi emočně nestálá, deprivovaná, snaha se každému zalíbit a vetřít do přízně.

Zpráva sociální pracovnice: V roce 2011, pro zanedbávání rodičovské péče předána do výhradné péče otce. Poté byly zpřetrhány vazby s biologickou matkou, která již nejeví o dceru zájem. Na základě usnesení Okresního soudu byla umístěna do DDÚ Homole v roce 2014 z důvodu agresivního chování k nevlastní matce, nezvladatelnosti jejího chování a sebepoškozujícímu chování. Do DDÚ byla umístěna z rodinného prostředí otce a nevlastní matky pro hyperkinetické poruchy chování a autoagresivitu. V zařízení se dobře adaptovala. Její prosperita a chování je zatím bez závažnějších projevů. Respektuje autoritu pedagogických pracovníků. Snaží se částečně dodržovat režim a pravidla DDÚ, má obtíže s dodržováním hygienických návyků. Dobře jí motivuje pochvala, ocenění a uznání. Měla

jsem šanci navštívit prostředí, ve kterém byla vychovávána svým otcem. Toto prostředí je velmi podnětné.

Zpráva etopeda: Simona působí mile. Je smutná, ale za to komunikativní. Nerozumí všemu, co se okolo ní děje, neumí se se všemi emocemi poprat. Tyto situace řeší velmi často agresí namířenou proti sobě. Často se poškozuje a to dvojnásobným způsobem, buď polyká neznámé léky anebo se řeže na zápěstí ostrými předměty. Pokud se podaří eliminovat její sebepoškozující tendence, mohla by být její prognóza velmi dobrá.

Zpráva vychovatele: Při příchodu do DDÚ byla velmi smutná a uzavřená. Dost často se sebepoškozuje, nedá se uhlídat. Když se to s ní řeší, začne si drápat na ruku staré jizvy a slibuje, že to již neudělá. Práce v kolektivu je s ní prakticky možná, je ale velmi stydlivá a dělá ji problém pracovat ve skupince. Ze zařízení ani jednou neutekla, je tomuto odevzdaná. Byly zaznamenány časté známky sebepoškozování. Když jí bylo vše ostré zabaveno, vždy si něco našla. Se svými sourozenci a otcem je v telefonickém kontaktu. Nikdo ji zatím nenavštívil. Je to jinak velice hodná dívka s těžkým osudem.

Zpráva speciálního pedagoga: Projevují se zde pouze výchovné problémy. S učením a ve škole problémy neměla a ani nemá. Její prospěch je chvalitebný. Ve škole občas nestíhá učivo, protože je často zasněná.

Vlastní analýza:

- ✓ *Negativní vlivy pocházející z rodinného prostředí-* Narodila se do úplné rodiny. Po rozvodu rodičů žila se svou matkou, svými sourozenci a babička (matka matky) v rodinném domku. Po neshodách s babičkou se přestěhovali do pronájmu za přítelem matky. Pro silné zanedbávání péče byla svěřena do péče otce, který měl již novou manželku a novou rodinu. Dívka se nesnesla s macechou a dělala jí samé problémy, například se jí vymočila do postele, vypustila pneumatiky anebo vyzvracela do jídla. Otec je v invalidním důchodu. Dívka měla zcela nepodnětné výchovné a rodinné prostředí. Nyní by se dalo její rodinné i výchovné prostředí u otce považovat za podnětné. Ač se jí nakonec otec snažil zajistit dostatečnou péči, zanechalo to na ní určité následky a už nebyla schopna adaptace na novou rodinu.
- ✓ *Negativní vlivy pocházející ze sociálního prostředí-* Žádné vlivy pocházející ze sociálního prostředí nejsou známy. Ke svému sociálnímu prostředí vykazovala

chování jako krádeže, kouření, nerespektování otce ani jeho ženy. Zapalovačem pálila hmyz.

- ✓ *Formy a projevy sebepoškozujícího chování-* Mezi projevy a formy sebepoškozujícího chování patří řezání ostrými předměty na horních končetinách, například nůžkami na zápěstí. Zde se jedná o charakter sebepoškozování uvolnění napětí z nahromaděných emocí. Mezi další patřilo spolykání neznámých léků neznámého množství, a zde se jednalo o demonstrativní suicidium.
- ✓ *Formy a projevy poruch chování-* Její diagnostikou je sebepoškozující chování, hyperkinetická porucha chování směřující ke smíšené poruše chování. Hyperkinetické poruch chování je skupina poruch charakterizovaná časným začátkem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou. Současně může být přítomna řada dalších abnormalit. Hyperkinetické děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly. Jejich vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu. Mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými. Poznávací schopnosti jsou běžně porušené a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je disproporciálně časté. Sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení. Tato hyperkinetická porucha chování směřující ke smíšené poruše chování, která je charakterizována kombinací trvale agresivního, disociálního nebo vzdorovitého chování se zřetelně výraznými příznaky deprese, úzkosti nebo jiných poruch emocí. Tato dívka vykazuje známky deprese, úzkostných a neurotických poruch, které jsou spojeny s jejím chováním jako je obecně heteroagresivita ke svému okolí, ke zvířatům, ale hlavně namířená proti její maceše.
- ✓ *Prognóza-* Byla předána do péče VÚ Černovice.

6.3 Závěr šetření

6.3.1 Vlastní analýza

Identifikační údaje DDŠ Šindlovy Dvory:

Tab. č. 1: (pohlaví, věk, kraj, umístění, diagnóza a medikace klientů DDŠ)

Klient	Pohlaví	Věk	Kraj	Umístění	Diagnóza	Medikace
č. 1	Muž	15 let	Vysočina	DDŠ v r. 2014	Socializovaná porucha chování, agresivita, sex. odbržděnost	Sertralin, risperidon, afluditen
č. 2	Žena	14 let	Vysočina	DDŠ v r. 2014	Afektovaná porucha chování, sebepoškozující chování	valproát, sertralin, tiscercin, strattera
č. 3	žena	15 let	Vysočina	DDŠ v r. 2013	sebepoškozující chování, agresivita, nesocializovaná porucha chování	sertralin, clorprothixen, zeldox
č. 4	žena	13 let	Jihočeský	DDŠ v r. 2014	Poruchy chování asociální a antisociální, sebepoškozující chování	Valproát, sertralin
č. 5	muž	22 let	Jihočeský	DDŠ 2006-2009	socializovaná porucha osobnosti, agresivita, sebepoškozující chování	Sertralin, risperidon

Identifikační údaje, tedy prvotní údaje z analýzy dokumentace jsem pro přehlednější interpretaci získaných dat umístila do níže uvedených tabulek. V této kategorii jde především o pohlaví, věk, kraj, umístění, diagnózu a medikaci. Tato první tabulka je zaměřena na interpretaci dat získané analýzou dokumentace z DDŠ Šindlovy Dvory. Jak si lze všimnout,

jedná se především o dívky, z 5 respondentů jsou zde pouze 2 chlapci. Nacházejí se ve věkovém rozmezí 13- 15 let. Poslední chlapec byl umístěn v DDŠ ve věku 13 let, ač je mu v současnosti 22 let. To jasně značí období pubescentní. Převážně pocházejí původně z kraje Vysočina a to z důvodu zpřetrhání vazeb se soc. patologickou skupinou vrstevníků či rodinou. Mezi diagnózy nejčastěji patří socializované a nesocializované PCH, asociální a antisociální PCH, agresivita a u jednoho sex. odbržděnost. Všichni jsou psychiatricky medikováni.

Identifikační údaje DDÚ Homole:

Tab. č. 2: (pohlaví, věk, kraj, umístění, diagnóza a medikace klientů DDÚ)

Klient	Pohlaví	Věk	Kraj	Umístění	Diagnóza	Medikace
č. 1	žena	13 let	Jihočeský	DDÚ v r. 2015	agresivita, asociální až antisociální porucha chování, sebepoškozující chování	
č. 2	muž	19 let	Vysočina	DDÚ v r. 2013	ADHD, nesocializovaná porucha chování, sebepoškozující chování	tisercin, orfiril, olanzapin
č. 3	žena	15 let	Jihočeský	DDÚ v r. 2014	agresivita, asociální porucha chování, sebepoškozující chování	zoloft, medorisper
č. 4	muž	15 let	Jihočeský	DDÚ v r. 2014	agresivita, sebepoškozující chování, nesocializovaná porucha osobnosti	
č. 5	žena	16 let	Jihočeský	DDÚ v r. 2014	sebepoškozující chování, hyperkinetická porucha chování směřující ke smíšené poruše osobnosti	

Tato druhá tabulka je zaměřena na interpretaci dat získané analýzou dokumentace z DDÚ Homole. Jak si lze všimnout, jedná se taktéž především o dívky, z 5 respondentů jsou zde 3 dívky a 2 chlapci. Nacházejí se ve věkovém rozmezí 13- 17 let. Druhý respondent chlapec byl umístěn v DDŠ ve věku 17 let, ač je mu v současnosti 19 let. To jasně značí období pubescentní. Převážně pocházejí původně z kraje Jihočeského a jeden chlapec z kraje Vysočina. Zde už není snaha o zpřetrhání vazeb s rodinou, protože někteří jedinci se po diagnostickém pobytu navrací zpět domů. Mezi diagnózy nejčastěji patří nesocializované PCH, asociální a antisociální PCH, agresivita a u jedné hyperkinetická porucha chování směřující ke smíšené. Pouze dva jedinci z této analýzy jsou psychiatricky medikováni.

Výsledky vlastní analýzy DDŠ:

Tab. č. 3: (neg. vlivy z rod. prostředí, neg. vlivy ze soc. prostředí, formy a projevy PCH, formy a projevy SPCH klientů DDŠ)

Klient	Neg. vlivy z rodinného prostředí	Neg. vlivy ze sociálního prostředí	Formy a projevy SPCH	Formy a projevy PCH
č. 1	úplná rodina, méně podnětné prostředí	nemá kamarády, dívky bere jako sex. objekty, chlapcům se posmívá	Škrábání a píchání ostrými předměty na HK, bušení hlavou do zdi- demonstrace	Autoagresivita, sex. Odbržděnost k ženám a členům rodiny, agresivita k okolí
č. 2	Plně nepodnětné prostředí, z toho důvodu přemístěna do DD, potom PP	Omezená socializace, neschopnost navazovat vazby, vrstevníci se jí bojí	Řezání se ostrými předměty- uvolnění napětí, demonstrace	Depresivní, úzkostná, impulzivní, omezení sebedůvěry a důvěry
č. 3	Kojenecký ústav, DD, poté PP- plně podnětné prostředí	Sociálně patologická skupina vrstevníků	Řezání se ostrými předměty- uvolnění napětí	Psych. Labilní, nekritická, chce vše za každou cenu, konfliktní, hrubé porušování pravidel
č. 4	Plně nepodnětné prostředí, matka bývalá prostitutka, neumí vychovávat své děti	Sociálně patologická skupina vrstevníků	Polykání léků, škrábání se na HK, prostituce- uvolnění napětí	Autoagresivita, heteroagresivita, krádeže, lhaní, tabakismus, užívání THC
č. 5	Úplná rodina, nepodnětné prostředí, otec ve vězení	Žádná soc. patologická skupina	Řezání a píchání ostrými předměty na HK, bušení do zdi- uvolnění	Autoagresivita, agresivita namířená proti matce (fyzické napadání)

Výsledky vlastní analýzy DDÚ:

Tab. č. 4: (neg. vlivy z rod. prostředí, neg. vlivy ze soc. prostředí, formy a projevy PCH, formy a projevy SPCH)

Respondent	Neg. vlivy z rodinného prostředí	Neg. vlivy ze sociálního prostředí	Formy a projevy SPCH	Formy a projevy PCH
č. 1	Úplná rodina-soc. patologická (rodiče drogově závislí), nepodnětné prostředí, pak do SOS vesničky, PP a DD	Soc. patologická skupina vrstevníků	Řezání se ostrými předměty, prostituce-uvolnění napětí, demonstrace	Autoagresivita, noční toulky, fyz. a slovní napadání, prostituce, užívání THC, kouření, záškoláctví, nerespektování autorit
č. 2	Kojenecký ústav, následná adopce, velmi podnětné rod. A vých. Prostředí	Nejspíše soc. patologická skupina vrstevníků	Polykání léků-záměrné suicidium, bušení pěstmi a hlavou do zdi-uvolnění napětí	Záškoláctví, krádeže, lhaní, kouření, fyzické a slovní napadání, autoagresivita
č. 3	Neúplná rodina, nepodnětné prostředí, matka užívá antidepressiva	Není známa soc. patologická skupina vrstevníků	Řezání se ostrými předměty na HK a DK-uvolnění napětí, extrémní výhrůžky-manipulace	Kouření, toulky, fyzické a slovní napadání, nerespektování autorit, autoagresivita
č. 4	Nepodnětné prostředí, v PP babičky, matka i otec drog. a alk. závislí	Není známa soc. patologická skupina vrstevníků	Bušení hlavou a pěstmi do předmětů, speciálně do zdi- uvolnění napětí	Afektované chování, lhaní, slovní a fyzické napadání, autoagresivita
č. 5	Zprvu nepodnětné rod. Prostředí, poté k otcipodnětné prostředí	Není známa soc. patologická skupina vrstevníků	Spolykání léků-demonstrativní suicidium, řezání ostrými předměty-uvolnění napětí	Deprese, úzkostné a neurotické stavy, autoagresivita, heteroagresivita k lidem a ke zvířatům

Z výsledku analýz negativních vlivů z rodinného prostředí u jedinců umístěných v DDÚ vyplývá, že povětšinou pocházejí z neúplných a nepodnětných rodin. Pouze dva jedinci pocházejí z rodiny úplné a pouze jeden z podnětného rodinného prostředí, ale pouze poté, co byl osvojen svou adoptivní rodinou. Pouze dva jedinci se uchýlili k soc. patologické skupině vrstevníků, zatímco ostatní mají omezenou socializaci anebo nejsou známe informace o závadové skupině, ke které se mohli uchýlit. Mezi projevy sebepoškozujícího chování patří sebeřezání, škrábání a píchání ostrými předměty na HK i DK, bušení pěstmi a hlavou do zdi, prostituce a polykání léků. Sebeřezání se projevuje spíše u dívek a bušení spíše u chlapců. Jedná se ve většině případů nejčastěji o uvolnění napětí, v jednom případě navíc o demonstraci, v jednom případě o záměrné suicidium, v jednom případě o demonstrativní suicidium a v jednom případě o manipulaci s okolím. Mezi projevy PCH se nejčastěji objevuje autoagresivita, heteroagresivita k okolí, kouření, alkohol, užívání THC, lhaní, záškoláctví, krádeže, nerespektování autorit. Mezi méně časté depresivní, úzkostné a neurotické stavy.

7 Diskuze

Sebepoškozující chování je tématem číslo jedna nejen etopedických zařízení, ale i lidské společnosti. Toto jednání tu bylo, je a vždy bude. Pokaždé se objeví v určité skupině lidí jedinec, který nebude vybaven tolerancí vůči zátěži, schopností regulovat své emoce a dopustí se na sobě takového chování. „*Sebepoškozování se v psychiatrii označuje jako komplexní autoagresivní chování, které na rozdíl od sebevraždy nemá fatální následky, jehož cílem není smrt, a které lze chápat jako maladaptivní odpověď na jinak nezvládnutelný akutní a chronický stres.*“ (Platznerová, 2009, s. 11). Toto sebepoškozující chování je ještě především umocněno, pokud je zde přidružená porucha chování. Tuto definují takto „*Poruchy chování lze charakterizovat jako odchylku v oblasti socializace, kdy jedinec není schopen respektovat normy chování na úrovni jeho věku nebo svých rozumových schopností*“ (Vágnerová, 1999, s. 274).

Cílem této diplomové práce tématu „Sebepoškozující chování mládeže v souvislosti s poruchami chování“ bylo zjistit jaká je frekvence sebepoškozujícího chování v jednotlivých etopedických zařízeních, které nejčastější formy a způsoby volí, jaké mohou být v jejich případě spouštěcí faktory a zdali je možné toto chování za pomoci alternativních metod redukovat. Pro tuto práci byl zvolen kvalitativní typ výzkumu, který byl uskutečněn formou analýzy dokumentace jednotlivých klientů a následné zhodnocení dostupných informací ve vlastní analýze. Byla ještě využita doprovodná metoda rozhovoru s jednotlivými pracovníky etopedických zařízení (etoped a vychovatel).

Výzkumný soubor tvořilo 10 klientů, 5 jich bylo umístěno v DDŠ Šindlový Dvory a zbývajících 5 v DDÚ Homole. Ač výzkumný soubor není natolik široký, dají se z něj vyvozovat obecně platné závěry pro většinu klientů stejné cílové skupiny.

Výzkum stojí na 4 výzkumných otázkách. První z nich je „**Jaká je přibližná frekvence sebepoškozujícího chování v jednotlivých etopedických zařízeních?**“ Pro získání odpovědi na tuto výzkumnou otázku jsem musela provést rozhovor s etopedy z DDÚ a DDŠ, ale také s vychovateli z DDÚ a DDŠ, kteří jsou v každodenním kontaktu s uvedenými klienty. Respondenti z DDŠ odpovídali, že nepovažují sebepoškozování za fenomén dnešní doby, že číslo výskytu sebepoškozujícího chování je velmi nízké a nezvyšuje se. Respondenti z DDÚ uvádějí, že sebepoškozující chování je tématem číslo jedna v etopedických zařízeních a že číslo sebepoškozujících dětí se zvyšuje. Tento rozdíl může spočívat v tom, že DDŠ má několik málo dětí umístěných na delší dobu, tudíž se toto jednání bude vyskytovat převážně jen u těchto dětí, proto se číslo nezvyšuje. Na druhou stranu

v DDÚ jsou děti umístěné po dobu 2 měsíců, za jeden kalendářní rok se zde vystřídá mnoho jedinců, kteří se sebepoškozují. Respondenti z DDŠ uvádějí, že frekvence sebepoškozujícího chování je velmi nízká, jedná se cca o 2 jedince ročně a rozhodně se nezvyšuje. Naopak respondenti z DDÚ uvádí, že převážně všichni jedinci z jejich zařízení se sebepoškozují a frekvence se bude i nadále zvyšovat. Všichni respondenti se shodují, že se jedná spíše o dívky a SPCH tu bude stále a bude na vzestupu. Krigelová (2008) uvádí, že důvodem pro vyšší frekvenci sebepoškozujícího chování u žen je ten, že ženy své problémy a pocity potlačují, nedávají jim průchod a poté jednání obracejí proti sobě. Ještě by bylo dobré připomenout, že v těchto zařízeních, obzvláště jedinci, které byly předmětem výzkumu, se nacházejí ve věkovém rozmezí 11-17 let. „*Typičtěji sebepoškozující praktiky začínají používat mladiství ve věku od 12 do 15 let*“ (Yates in Platznerová, 2009, s. 29). Dalo by se tedy říct, že tento fakt byl při výzkumu potvrzen.

Ve druhé výzkumné otázce „**Které faktory ovlivňují sebepoškozující chování jedinců s poruchami chování?**“ se respondenti z obou zařízení shodují, že jedinci z jejich zařízení, kteří vykazují SPCH pocházejí většinou z narušeného rodinného a sociálního prostředí. Mezi faktory, které uvádějí, patří narušené rodinné a sociální prostředí, organické poškození lidské psychiky, trauma pocházející z dětství, pocit křivdy, pocit méněcennosti, nízká sebedůvěra, emoční labilita, kamarádi, média, nahromaděné emoce, úzkost, strach, stres a pocit prázdnoty. Analýza dokumentace prokázala, že se jedná o tyto negativní vlivy z rodinného prostředí: neúplné rodiny, nepodnětná prostředí pro výchovu dítěte, prostitute jednoho z rodičů, rodiče narkomani, rodiče trpící depresemi jeden z rodičů ve výkonu trestu odnětí svobody. Klienti především pocházejí z biologických rodin, pouze jeden pochází z adoptivní rodiny a 2 klienti byli v PP. Negativní vlivy ze sociálního prostředí jsou ve 4 případech důsledkem připojení se k soc. patologické skupině, u zbývajících 6 nebyla takováto skupina vrstevníků prokázána. „*Poškozující se osoby si přinášejí ze svých primárních dysfunkčních rodin přesvědčení, že mají nesprávné pocity, že některé pocity jsou zakázané*“ (Platznerová, 2009, s. 40). Hawton a Sutton (in Krigelová, 2008) k této problematice zmiňují že „*Emocionální klima v rodině poškozujících se jedinců je často nezdravé...existuje i mnoho případů záměrného poškozování u dětí, které vyrostly ve zcela harmonických rodinných podmínkách.*“ Tato definice, obzvláště její část o harmonické rodině se zcela ztotožňuje s výsledkem anamnézy, kde jeden klient pochází z adoptivní rodiny, která si ho adoptovala již v kojeneckém věku, a jejíž prostředí bylo velice podnětné pro výchovu a vývoj.

Ve třetí výzkumné otázce „**Které způsoby nejčastěji volí tito jedinci se sebepoškozujícím chováním?**“ se respondenti z obou zařízení shodli na tom, že se převážně řežou a pálí na HK i DK a buší do zdi pěstmi a hlavou. Při objasňování, zdali se jedná o demonstraci či uvolnění napětí se jejich odpovědi rozcházeli. Zmiňují jednak volání o pomoc, ale ve dvou případech se jedná o uvolnění napětí a pouze v jednom se respondent domnívá, že se jedná pouze o agresi obrácenou proti sobě. Zdali se respondenti setkali s extrémním typem SPCH pouze jeden uvádí, že ne. Ostatní uvádí polykání nepoživatelného předmětu, ale v jednom zařízení to byla pouze výhrůžka. Z analýzy dokumentů vyplývá, že mezi nejčastější formy a projevy sebepoškozujícího chování patří: sebeřezání a píchání ostrými předměty do HK a DK- spíše u dívek, u chlapců převažuje bušení hlavou a pěstmi do zdi a jiných předmětů „...mezi nejčastější metody patří řezání žiletkou, pálení kůže a bušení hlavou.“ (Platznerová, 2009). V jednom případě se jedná o prostituci, jak určitou formu sebepoškozujícího chování, kterou ve své publikaci uvádí i Kriegelová (2008) anebo Malá (2007) jako sexuální motivaci- tzv. sadomasochismus. Pouze v jednom případě se jednalo o polykání nepoživatelného předmětu. V 9 případech se jedná převážně o uvolnění napětí, v jednom o demonstraci. Z těchto je ještě jeden případ, kdy se navíc k uvolnění napětí jednalo o manipulaci se svým okolím. Kriegelová (2008) uvádí sebepoškozování jako ukončení stavu disociace, uvolnění, proměnit bolest psychickou ve fyzickou, snaha být hospitalizován, nezájem okolí, diskriminace, snaha šokovat okolí, dosáhnout pozornosti od pečující osobnosti, převzetí kontroly nad sebou samým, očištění, pocit euforie, testování vlastních hranic a pocit vlastní viny.

Ve čtvrté výzkumné otázce „**Existují alternativní metody, kterými lze redukovat toto chování, pokud ano, jaká je jejich úspěšnost?**“ se respondenti z těchto zařízení zcela rozcházejí. Zatímco respondenti z DDÚ zaujímají aktivní postoj, ač se u nich jedinci se SPCH zdrží jen na dobu omezenou, respondenti z DDŠ zaujímají pasivní postoj. Respondenti z DDŠ uvádějí, že žádnou takovou metodu neznají ani o žádné neuvažovali, protože léčba je jasně daná a oni s tím nemohou již nijak hýbat. Naopak respondenti z DDÚ říkají, že ač jsou u nich tito jedinci velmi krátkou dobu, snaží se, alespoň částečně, redukovat toto chování svými postupy. Jednak uvádějí zmuchlání papíru, boxovací pytel, metodu kresby, terapii za pomoci deníku a sandtray. Respondenti z DDŠ jsou zásadně pro farmakoterapii, respondenti z DDÚ by si dokázali představit vysazení farmakoterapie a léčbu pouze psychoterapií. Z analýzy dokumentace vyplývá, že klienti z DDŠ jsou všichni medikováni dvěma a více druhy léků, zatímco klienti DDÚ jsou spíše bez medikace, pouze

dva užívají farmaka, což je podstatný rozdíl. Platznerová (2009) považuje přínos účinné léčby především ve zlepšení sociálního fungování a kvality života, redukce touhy poškodit se. Jinak řečeno, podporuje smíšený typ terapie, který jsem mohla spatřit pouze v DDÚ. Kriegelová (2008) uvádí, že léčba sebepoškozujícího jednání je spíše založena na snaze redukovat touhu po ubližování si, naučit se lépe zvládat stres a zátěž, a hlavně zde jde o prevenci sebevražedného jednání.

Jak už bylo tedy v předchozích kapitolách, či v celém výzkumu řečeno, sebepoškozující chování je „...*akt bez fatálních následků, při němž osoba vyvíjí dobrovolně nehabituální činnost, bez zásahu jiných způsobí poranění sama sobě...*“ (WHO in Platznerová, 2009, s. 11). Při prostudování odborných publikací, ale i při samotném šetření bylo zjištěno, že „...*jedinci, kteří se poškozují, nebývají schopni dostatečně regulovat své emoce a zdá se, že mají biologicky danou dispozici k impulzivitě.*“ (Platznerová, 2009, s. 38). Úkolem speciálních pedagogů, zaměřujících se spíše na poruchy chování, je vyhledat a otypovat tyto jedince, poskytnou jim první pomoc formou různých konzultací, terapií a naučit je vyjadřovat své emoce verbálně (např. nadávky, křik), ale i neverbálně (zmuchlat papír, vymalovat se z toho) a to hlavně, protože „*Na sebepoškozování se lze dívat jako na náhradu za verbální vyjádření emocí, akt, jehož cílem je nechat druhé procítit vlastní nesdělitelné pocity.*“ (Zlotnick in Platznerová, 2009, s. 42).

8 Závěr

V diplomové práci jsem se věnovala speciálně pedagogickým tématům, jako jsou poruchy chování a sebepoškozující chování. Sebeпошкоzující chování se stává narůstajícím fenoménem, který v běžné formě slouží jako určitý způsob komunikace či volání o pomoc. Ovšem v této práci se jedná spíše o způsob, jak nejrychleji uvolnit napětí a přeměnit psychickou bolest v tu fyzickou.

Na základě kvalitativního šetření osobních dokumentací 10 jedinců s PCH a SPCH (5 z DDŠ a 5 z DDÚ) a polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky etopedických zařízení (vychovatel a etoped z DDŠ a DDÚ) jsem hledala odpovědi na tyto výzkumné otázky:

- 1) Jaká je přibližná frekvence sebepoškozujícího chování v jednotlivých etopedických zařízeních za rok?
- 2) Které faktory ovlivňují sebepoškozující chování jedinců s poruchami chování?
- 3) Které způsoby nejčastěji volí tito jedinci se sebepoškozujícím chováním?
- 4) Existují alternativní techniky, kterými lze eliminovat toto chování, pokud ano, jaká je jejich úspěšnost?

Z výzkumu vyplývá, že ač se v respondentech objevují především dívky, nedá se kategoricky tvrdit, že je to tak vždy, ale je potřeba věnovat pozornost narůstajícímu počtu sebepoškozujících se jedinců. Mezi nejčastější faktory SPCH patří negativní vlivy z rodinného prostředí, i když byl jeden chlapec z adoptivní a velmi podnětné rodiny, dalo by se v jeho případě hovořit o biologických faktorech. Bylo ovšem potvrzeno, že mezi nejčastější způsoby, které tito jedinci volí, patří u dívek sebeřezání a sebepálení a u chlapců bušení hlavou a pěstmi do zdi či jiných předmětů. Zjištěno bylo i to, že nejčastěji se jedná o pocit uvolnění napětí než o demonstraci či volání o pomoc. Zde bych podotkla, že DDŠ, ač má ve svém zařízení tyto jedince delší dobu, než DDÚ, zastávají jednoznačně metodu léčby farmakoterapií. Oproti tomu pracovníci DDÚ farmakoterapii propojují s psychoterapeutickými metodami, např. Sandtray nebo deníky.

Domnívám se, že záměry této práce byly splněny. Jedním z důležitých zjištění byla snaha o propojení farmakoterapie s psychoterapeutickými metodami, ne jen a pouze utlumit chování těchto jedinců za pomoci velmi silných psychiatrických medikamentů. Je potřeba si uvědomit, že sice jsou tito jedinci „pod kontrolou“, ale co až budou přijati ke středoškolskému vzdělávání, budou na internátě, kdo je ohlídá, aby léky nevysadili anebo

hůř, nezačali je více zneužívat- abúzus.

Tato diplomová práce by mohla po přepracování posloužit jednak jako edukační materiál pro budoucí pedagogické či etopedické pracovníky, ale určitě by byla i přínosem pro praxi a to z hlediska prevence, možnému objasnění sebepoškozujícího chování u adolescentů a také možnosti terapeutických metod.

Resumé

Tato diplomová práce pojednává o problematice sebepoškozujícího chování mládeže v souvislosti s poruchami chování a o možnostech efektivní redukce tohoto chování. Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část se zabývá vymezením pojmů poruch chování, sebepoškozujícího chování a krizové intervence.

Praktická část za pomoci kvalitativní metody šetření- analýza dokumentace jedinců umístěných v dětském diagnostickém ústavu a dětském domově se školou a polostrukturovaných rozhovorů s etopedickými pracovníky, zjišťuje přibližnou frekvenci projevů sebepoškozujícího chování, nejčastější způsoby, motivaci a především možnosti alternativních technik na redukci tohoto chování.

Summary

This thesis deals with problems of self-harming behaviour among young people in connection with behavioural disorders and with the possibilities of effective reduction of this behaviour. The thesis is divided into two parts. The theoretical part deals with the definition of behavioural disorders, self-harming behaviour and crisis intervention.

The practical part with the help of qualitative methods of analysis, documentation inquiry of individuals who were placed into a diagnostic institute and orphanage with a school and interviews with ethopedic staff, determines the approximate frequency of self-harming behaviour, the most common methods, motivation and above all the possibilities of alternative techniques of reducing this behaviour.

9 Seznam použitých zdrojů

1. DOKOUPIL, Marek a DVOŘÁČEK, Igor. *Manuál soudního lékařství III: poranění při sebepoškození a v důsledku aktivního násilí*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2011. 46 s. ISBN 978-80-7368-812-7.
2. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.
3. *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 305 s. ISBN 80-85121-44-1.
4. DUŠKOVÁ, Zora, VANÍČKOVÁ, Eva a VOTAVOVÁ, Jana. *Proč ubližuju sám sobě?* [CD-ROM]. Vyd. 1. V Praze: UK - 3. LF, 2011. Požadavky na systém: Adobe Acrobat Reader. ISBN 978-80-260-1044-9. Dostupné také z: http://www.kppp.cz/co-vas-zajima/Proc_ublizuju_sam_sobe.pdf.
5. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Překlad Vladimír Jůva a Vendula Hlavatá. 2., rozš. české vyd. Brno: Paido, 2010. 261 s. ISBN 978-80-7315-185-0.
6. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 407 s. ISBN 978-80-262-0219-6.
7. HONZÁK, Radkin a NOVOTNÁ, Vladimíra. *Krise v životě, život v krizi*. Praha: Road, 1994. 129 s. Psyché; 5.
8. HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. 492 s. ISBN 978-80-7367-404-5.
9. HUTYROVÁ, Miluše. *Etopedie pro výchovné pracovníky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006, 45 s. ISBN 80- 244- 1190- 3.
10. INCKLE, Kay. *Writing on the body?: thinking through gendered embodiment and marked flesh* [online]. Newcastle-upon-Tyne: Cambridge Scholars, 2007 [cit. 2015-09-06]. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10655328>.
11. JUCOVIČOVÁ, Drahomíra. *Specifické poruchy učení a chování*. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2014. 65 s. ISBN 978-80-7290-657-4.
12. KALEJA, Martin. *Etopedická propedeutika v inkluzivní speciální pedagogice*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2013, 264 s. ISBN 978- 80- 7464- 396- 5.

13. KAST, Verena. *Krize a tvořivý přístup k ní: typy životních krizí, jejich dynamika a možnosti krizové intervence*. Překlad Jana Vašková. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. 168 s. Spektrum; 11. ISBN 80-7178-365-X.
14. KRIEGELOVÁ, Marie. *Záměrné sebepoškozování v dětství a adolescenci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008. 174 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2333-4.
15. KŘÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 2. vyd. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2004. 75 s. ISBN 80-7040-724-7.
16. MALÁ, Eva a kol. *Dítě a stres*. 1. vyd. Praha: Tigris, 2007. 143 s. ISBN 978-80-903750-1-7.
17. MCDOUGALL, Tim, ARMSTRONG, Marie a TRAINOR, Gemma. *Helping children and young people who self-harm: an introduction to self-harming and suicidal behaviours for health professionals*. Abingdon: Routledge, 2010. 224 s. ISBN 978-0-415-49914-9.
18. NOCK, Matthew, ed. *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. Oxford: Oxford University Press, ©2014. xvi, 516 s. Oxford library of psychology. ISBN 978-0-19-538856-5.
19. PLATZNEROVÁ, Andrea. *Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby*. Praha: Galén, ©2009. 159 s. ISBN 978-80-7262-606-9.
20. RENOTIÉROVÁ, Marie a kol. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 313 s. Učebnice. ISBN 80-244-0873-2.
21. SMITH, Carolyn. *Cutting it out: a journey through psychotherapy and self-harm* [online]. 1st American pbk. ed. Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers, 2006[cit. 2015-09-06]. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10141154>.
22. SMITH, Gerrilyn. *Women and self-harm: understanding, coping, and healing from self-mutilation* [online]. New York: Routledge, 1999 [cit. 2015-09-06]. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10100914>.
23. ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krizová intervence pro praxi*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2011. 195 s. Psyché. ISBN 978-80-247-2624-3.
24. TURP, Maggie. *Hidden self-harm: narratives from psychotherapy* [online]. London: Jessica Kingsley Publishers, 2003 [cit. 2015-09-06]. Dostupné z: <http://site.ebrary.com/lib/natl/Doc?id=10064423>.

25. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0.
26. VANÍČKOVÁ, Eva, HYNČICA, Viktor a VOTAVOVÁ, Jana. *Násilí namířené proti sobě samému u teenagerské populace*. Vyd. 1. V Praze: UK - 3. LF, 2010. 60 s. ISBN 978-80-254-9075-4.
27. VESPALCOVÁ, Alice. *Raději mrtvá, nežli tlustá*. Vyd. 1. České Budějovice: Nová Forma, 2013. 86 s. ISBN 978-80-7453-332-7.
28. VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Dítě s poruchou chování a emocí*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2009, 80 s. ISBN 978- 80-7368-764-9.
29. VITÁSKOVÁ, Kateřina. *Etopedie: vybrané okruhy etopedické problematiky*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2005, 68 s. ISBN 80-7368-123-4.
30. VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. 543 s. ISBN 978-80-262-0212-7.
31. VOJTOVÁ, Věra et al. *Edukační potřeby dětí v riziku a s poruchami chování = Educational needs of children at risk and with behavioural disorders*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2012. 193 s. ISBN 978-80-210-6134-7.
32. VOJTOVÁ, Věra. *Kapitoly z etopedie I.: přístupy k poruchám chování a emocí v současnosti*. 1. vyd., Dotisk. Brno: Masarykova univerzita, 2005, 94 s. ISBN 80-210-3532-3.
33. z. č. 333/2012 Sb., O výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních [cit. 2016-01-12]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/uploads/legislativa/2012_333.pdf.
34. z. č. 359/1999 Sb., O sociálně právní ochraně dětí [cit. 2016-01-12]. Dostupné z: http://www.nahradnirodina.cz/files/File/zakon_o_SPO_k_1-5-2011.pdf.
35. z. č. 472/2011 Sb., O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání [cit. 2016-01-12]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/novela-skolskeho-zakona-c-472-2011-sb-vyklady-a-informace>.

10 Přílohy

Příloha č. 1- Otázky pro rozhovor

Příloha č. 2- Z. č. 333/2012 §5 odst. 8

Příloha č. 1

A JAKÁ JE FREKVENCE SEBEPOŠKOZUJÍCÍHO CHOVÁNÍ?

- 1.) Jaký máte názor na fenomén „sebepoškozujícího chování“ dnešní mládeže?
- 2.) Jaká je průměrná frekvence sebepoškozujícího chování ve vašem zařízení? Roste či se snižuje?
- 3.) Poškozují se spíše dívky či chlapci? Proč si myslíte, že tomu tak je?
- 4.) Vize do budoucna?

B KTERÉ FAKTORY OVLIVŇUJÍ SEBEPOŠKOZUJÍCÍ CHOVÁNÍ?

- 1.) Jedinec se sebepoškozujícím chováním nejčastěji pochází z narušeného rodinného či sociálního prostředí. Jaký na to máte názor?
- 2.) Objevil se ve vašem zařízení jedinec, který vykazoval sebepoškozující chování a přitom pocházel z nenarušeného prostředí?
- 3.) Pokud ano, jak si to vysvětlujete?
- 4.) Které další faktory, dle Vás, mohou nejvíce ovlivňovat sebepoškozující chování?

C KTERÉ ZPŮSOBY NEJČASTĚJI TITO JEDINCI VOLÍ?

- 1.) Které způsoby nejčastěji tito jedinci volili?
- 2.) Setkal jste se někdy, za dobu své praxe, s jedincem, který použil zcela extrémní a ne tak častý způsob? (kastrace, amputace, polykání nepoživatelných předmětů)
- 3.) Jedná se ve větším případě o demonstraci, volání o pomoc, manipulaci s okolím nebo vyjádřením něčeho, co nezvládnou verbálně?

D EXISTUJÍ ALTERNATIVNÍ METODY, KTERÝMI LZE ELIMINOVAT TOTO CHOVÁNÍ?

- 1.) Jste zastáncem farmakoterapie, psychoterapie anebo smíšené terapie? Proč?
- 2.) Na základě Vašich zkušeností, myslíte si, že je vždy u sebepoškozujícího chování nutná medikace?
- 3.) Byl jste někdy svědkem, že se u jedince se sebepoškozujícím chováním vysadila farmaka a léčba probíhala pouze psychoterapeuticky? Jaké to mělo výsledky?
- 4.) Znáte nebo jste přemýšlel(a) o alternativní metodě, kterou by se dalo redukovat sebepoškozující chování?

5.) Je ještě něco, na co jsem se nezeptala a rád byste sdělil(a)?

Příloha č. 2

V § 5 odstavec 8 zní:

„(8) Diagnostický ústav umístí dítě do dětského domova nebo dětského domova se školou na základě osobní dokumentace dítěte a bez jeho předchozího pobytu v diagnostickém ústavu

a) v případě dítěte mladšího 6 let,

b) v případě dítěte, které bylo v péči kojeneckého ústavu nebo zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc,

c) v případě dítěte bez poruch chování,

d) v případě dítěte s ukončenou diagnostikou, vypracovanou střediskem, nebo

e) v jiném odůvodněném případě. Ukáže-li se dodatečně potřebné komplexní vyšetření, provede jej diagnostický ústav v zařízení, kam dítě umístil.

Ustanovení odstavce 7 není dotčeno.“.